GISELA BROCK-DAUTEL

PSYCHOSOZIALE BERATUNG ÄLTERER ERWACHSENER
VORAUSSETZUNGEN UND KASUISTIK

Dissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Sozialwissenschaft
in der Fakultät
für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

1983

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

GISELA BROCK-DAUTEL

PSYCHOSOZIALE BERATUNG ÄLTERER ERWACHSENER
VORAUSSETZUNGEN UND KASUISTIK

Dissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Sozialwissenschaft
in der Fakultät
für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

1983

Gedruckt mit Genehmigung
der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Universität Tübingen

Hauptberichterstatter: Prof. Dr.Hans Thiersch
Mitberichterstatter: Prof. Dr.Andreas Flitner
Dekan: Prof. Dr.Günther Dohmen
Tag der mündlichen Prüfung: 12.Juli 1983

Stuwe Druck Tübingen

Inhalt

		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Altern als „mehrfach determiniertes Schicksal"	6
2.1.	Altern als „individuelles Schicksal"	11
2.1.1.	Kognitive Persönlichkeitstheorie des Alterns (Thomae)	11
2.1.2.	„Locus of control"	16
2.2.	Altern als "soziales Schicksal"	18
2.2.1.	Aktivität und Disengagement	24
2.2.2.	Veränderung der Sozialbeziehungen	28
2.2.3.	Möglichkeiten der Kompensation	33
2.3.	Psychische Veränderungen im höheren Erwachsenenalter	34
2.3.1.	Depression im Alter	37
2.3.1.1.	Trauer und Verlust	41
2.3.1.2.	Symptome der Altersdepression	43
2.3.2.	Suizidgefährdung des Älteren	44
2.3.3.	Entwicklung von Wahnvorstellungen im Alter	48
3.	Implikationen eines Beratungskonzeptes für Ältere	52
3.1.	„Psychosoziale Beratung" als integrativer Ansatz sozialpädagogischer und psychologischer Praxis	52
3.2.	Fünf Maximen	57
3.3.	Realisierung des Konzeptes in Form einer „Beratungsstelle für Ältere"	74
4.	Methodologische Vorüberlegungen	78
4.1.	Auswahl des Materials	81

4.2.	Prämissen der Gesprächsinterpretation	83
4.2.1.	Beratung als Interaktionsgeschehen	83
4.2.2.	Das Bild vom "älteren Menschen" beim Berater	91
4.2.3.	Veränderung durch Beratung?	93
4.3.	Zentrale Fragestellungen	95
5.	Beratungsgespräche und Interpretationen	98
5.1.	Im Altenheim "alt" geworden: Frau A., 50 Jahre alt	98
5.1.1.	Lebensgeschichte/ Anamnese	98
5.1.2.	Die Problematik aus Sicht der Beraterin	101
5.1.3.	Verlauf der Beratung	102
5.1.3.1.	Stärken der sprachlichen Fähigkeiten	103
5.1.3.2.	Situation im Heim klären - Aktivierung	114
5.1.3.3.	Neue Kontaktmöglichkeiten erörtern/ Ablösung von der Beratung	117
5.1.4.	Nachbesuch bei Frau A.	121
5.1.5.	Einschätzung des Beratungsverlaufs	122
5.2.	Depression im Alter: Frau B., 69 Jahre alt	125
5.2.1.	Vorinformationen/ Biographie	125
5.2.2.	Beratungsstunden mit Frau B.	127
5.2.2.1.	Anspruchsniveau senken = "kleine Dinge ausbauen"	142
5.2.2.2.	Positive Dinge/ Tätigkeiten aufbauen	150
5.2.2.3.	Verhältnis zu den Töchtern klären	154
5.2.3.	Gespräche mit den Töchtern	162
5.2.4.	Fortgang und Ende der Beratung	163
5.2.5.	Diskussion	168
5.3.	Beratung älterer Ehepaare: Ehepaar C., 52 und 49 Jahre alt Ehepaar D., 64 und 78 Jahre alt	171
5.3.1.	Suche nach Beratung	172

5.3.2.	Themen der Ehepaare	174
5.3.3.	Annäherung / Entwicklung von Strategien	188
5.3.4.	Diskussion	200
5.4.	Intervention bei wahngestörten alten Menschen: Frau E., 78 Jahre Frau F., 84 Jahre	208
5.4.1.	Erklärungsansätze für die Wahnbildung	212
5.4.1.1.	Frau E. - Bestehlungswahn	213
5.4.1.2.	Frau F. - Verfolgungswahn	226
5.4.2.	Beraterische Interventionen	236
5.4.3.	Diskussion	252
6.	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	257
Literaturverzeichnis		271

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547601_0004

"Er wunderte sich aber auch über sich selbst, das Vergessen nicht lernen zu können und immerfort am Vergangenen zu hängen: mag er noch so weit, noch so schnell laufen, die Kette läuft mit"[1].

I Einleitung

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit dem alten Menschen, mit möglichen psychosozialen Störungen und deren Behebung im Rahmen einer den Bedingungen der Älteren angepaßten Beratung. Das heißt, sich mit einer Alters- und Personengruppe näher zu befassen, die in den letzten Jahren in recht unterschiedlicher Weise ins Blickfeld geriet: auf der einen Seite wird das Jahr 1982 zum "Jahr der Senioren" erkoren, finden Weltkongresse zum Thema "Altern" statt, auf der anderen Seite lebt immer noch ein großer Prozentsatz der alten Menschen von einer Rente unterhalb des gesetzlich bestimmten Existenzminimums[2], werden vergleichsweise zu anderen Altersgruppen erschreckend viele alte Menschen in Institutionen kaserniert, in denen sie fehlplaziert sind[3]. - Lohnt es sich denn, sich ausführlich mit einer Altersgruppe zu beschäftigen, die - so kann angenommen werden - öffentliches Interesse weckt, weil mit ihnen der Anteil der nicht erwerbstätigen Bevölkerung im Steigen begriffen ist und somit der öffentlichen Hand einiges Kopfzerbrechen bereitet wird, wie diese Entwicklung aufzufangen wäre? "Die Alten" als Kostenfaktor für die Jüngeren, deren "Lebensqualität" durch die

---

[1] Nietzsche, Friedrich, Hrsg. von Karl Schlechta, München 1969[6], S.211

[2] s. Bujard, Otker/ Lange, Ulrich, Armut im Alter, Weinheim und Basel 1978, S.23 u. 223ff.

[3] s. Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn 1979, S.80

UNIV. GIESSEN BIBL.

Verpflichtung, die nicht mehr Erwerbstätigen mitfinanzieren zu müssen, geschmälert werden könnte? Welche Interessen können wir denn als Jüngere über die Sorge um den "Kostenfaktor" hinaus an den Älteren und ganz Alten haben?

Das häufig fremde Verhältnis zum Älteren spiegelt sich auch im Beratungs- und Therapiebereich wider. Von einem Teil der Berater und Therapeuten wird eine aufbauende Beratung nicht für möglich oder sinnvoll gehalten, da es im Hinblick auf die begrenzten noch vor dem Älteren liegenden Jahre als unnütze Investition erscheint (!)[4]. Und welcher Berater gibt sich schon gern ständig mit Menschen ab, die mit Verlusten, Krankheit und Rückzug beschäftigt sind - so zumindest sieht das Fremdbild vom alten Menschen aus.

> "Die Sorge um die Alten entbehrt für viele Psychiater das Flair des Dramatischen und sie gibt wenig Möglichkeiten für die Befriedigung von Rettungsphantasien. Altern und Tod rufen zu viele Ängste bei den Angehörigen der helfenden Berufe hervor, und ihre Art damit umzugehen, ist Verleugnung und Vermeidung. Es scheint, daß es hier eine Entsprechung für den 'horror vacui' gibt - den Schrecken vor der Vorstellung, wieder hilflos und schwach zu werden"[5].

Sicherlich ist die Arbeit mit Älteren durch immer wieder auftauchende Problemstellungen - Ableben wichtiger Bezugspersonen, zunehmende Isolierung und Auseinandersetzung mit fortschreitendem physischen Abbau, um nur einige zu nennen - so geartet, daß sie den Helfer selbst immer wieder dazu zwingen, die eigene Lebensproblematik zu überdenken und sich aktiv mit der Vorstellung des

---

[4] s. Malzahn, B., Psychotherapie im Alter? Diss., Ulm 1974, S.12

[5] Vorwort von L. Bellak in Bubolz, E./ Petzold, H., (Hrsg.), Psychotherapie mit alten Menschen, Paderborn 1979, S.7

eigenen Alterns und Sterbens auseinanderzusetzen[6]; und sicherlich ist es so, daß in nicht wenigen Fällen der professionelle Helfer seine Wünsche nach Erfolg nicht voll wird befriedigen können. Auf der anderen Seite starren wir (Jüngeren) wie gebannt auf diese letzte Phase des Lebens, haben es nötig, die Betroffenen in Institutionen auszugrenzen, anstatt dem Lebensabschnitt auch positive Seiten abzugewinnen zu versuchen. Hier liegen die Chancen in der Arbeit mit Älteren: nach "gelungenen" Lösungen gemeinsam zu suchen, Anteil zu nehmen an der einzelnen Biographie, zu helfen, eine "Gestalt" zu schließen und, letztendlich, Lebensentwürfe zu eigenen Lebensvorstellungen ins Verhältnis zu setzen.

In den vergangenen Jahren wurden in der deutschsprachigen Gerontoliteratur die ersten Arbeiten zum therapeutischen Umgang mit Älteren veröffentlicht, die allerdings immer noch als Pionierarbeiten gelten müssen[7]. Zwar zählen Ältere für die Sozialarbeit/Sozialpädagogik berechtigterweise zu den Problemgruppen, jedoch beschränken sich die Interventionen meistens auf materielle, gesundheitliche und juristische Fragen; die psychische Verfassung Älterer kann, meist auch aus Arbeitszeitgründen, nur am Rande beachtet werden. Dabei werden nach Feldstudien etwa 25 - 30% der über 65jährigen als psychisch beeinträchtigt geschätzt. Bei etwa 14% wäre ambulante Therapie notwendig[8]. Und wieviele Störungen werden nicht bemerkt,

---

6 s. Schulte, W., Kommunikative Psychotherapie bei Störungen im höheren Lebensalter, in: Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie 11 (1961/62), S.159

7 z.B. Bubolz/Petzold (Hrsg.) 1979, a.a.O., Radebold, H.Bechtler, H.,/ Pina, I., Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen, Freiburg 1981; U. (Hrsg.), Interventionsgerontologie, Darmstadt 1979; Schulte,W., Kommunikative Psychotherapie...., a.a.O.

8 s.Stellungnahme der Bundesregierung..., a.a.O., S.80

da die Betroffenen isoliert leben! Offenbar wird die Isolation und damit als Folge psychische Erkrankung an der Rate gelungener Selbstmorde, die gegenüber Jüngeren drastisch erhöht ist[9].

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Vorstoß in die Richtung, ambulante Arbeit mit Älteren, die die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit und das Verbleiben im vertrauten Milieu möglich macht, darzulegen und im konzeptionellen Ansatz plausibel zu machen. Transskripte von Einzel- und Paarberatungen werden vorgestellt und kommentiert. Das Gesprächsmaterial entstammt der "Psychosozialen Beratungsstelle für Ältere e.V.", die in Zielsetzung und Konzeption in der Bundesrepublik fast einmalig sein dürfte[10]. Obwohl einzuwenden sein könnte, daß eine gesonderte Stelle für Ältere die angeprangerte Ausgrenzung und Stigmatisierung eher fördere, wird hier davon ausgegangen, daß die Schaffung eigener Stellen für Ältere mittelfristig sinnvoll ist, da die psychosoziale Lage der Älteren unzureichend ist und ihre Interessen von anderen Stellen nicht ausreichend vertreten werden. Es soll hier also nicht einer progressiven aber überflüssigen Professionalisierung das Wort geredet werden, sondern einer professionellen Unterstützung solange, wie sie absolut dringlich erscheint. Ziel ist die Vermeidung von Psychiatrisierung und Langzeithospitalisierung, die Möglichkeit zur aktiven Teilhabe am öffentlichen Leben auch im Alter.

"Altern" wird beschrieben als durch verschiedene Faktoren bedingter Prozeß, als Teil einer Lebensgeschichte

---

9 s. Hautzinger, M., Selbstmordhandlungen im Alter, in: Hautzinger, M./ Hoffmann, N., (Hrsg.), Depression und Umwelt, Salzburg 1979, S.226ff.

10 s. 3.3.

als "diskontinuierlichem, oft geradezu krisenhaft verlaufenden Prozeß, subjektiver Interpretationen und Reinterpretationen der eigenen Entwicklung, meines Lebensweges und eine nie zu Ende kommende Vergewisserung des Sinns meines bisherigen und zukünftigen Lebens"[11]; (2.1. und 2.2.). Einige Möglichkeiten krisenhafter Entwicklungen im Alter werden durchgespielt (2.3.). Die Konzeption einer Beratung, die den Bedingungen und Schwellenängsten der Älteren Rechnung trägt, wird an fünf Maximen expliziert (3.). Aus den Vorgaben wird das methodologische - interprätative - Vorgehen abgeleitet und begründet (4.), wobei Beratung als spezielle Interaktionssituation Beachtung findet (4.2.) und interprätationsleitende Fragestellungen entwickelt werden (4.3.). In Kap. 5 schließlich findet sich das kommentierte Gesprächsmaterial. Es werden zwei Einzelberatungen (Leben im Altenheim: 5.1.; Depression im Alter: 5.2.) sowie zwei Ehepaarberatungen vorgestellt (5.3.). Gesondert diskutiert werden die Interventionsmöglichkeiten bei alten Menschen mit Wahnvorstellungen (5.4.). - Entsprechend der entwickelten zentralen Fragestellungen wird aus den vorgenommenen Analysen das Fazit gezogen für die notwendigen Modifikationen in der Beratung Älterer und das spezielle Interaktionsgeschehen, wie es sich aus der Konstellation alter Klient - jüngerer Berater ergibt (6.).

---

[11] Maurer, F., Lebensgeschichte und Lernen, in: Maurer, F., (Hrsg.), Lebensgeschichte und Identität, Frankfurt 1981, S.109

"Er wirft das Netz Erinnerung aus, wirft es über sich und zieht sich selbst, Erbeuter und Beute in einem, über die Zeitschwelle, die Ortsschwelle, um zu sehen, wer er war und wer er geworden ist"[12].

Kap. 2 Altern als „mehrfach determiniertes Schicksal"

"Altern beginnt dann, wenn wir Abschied nehmen müssen von Möglichkeiten"[13] - diese Formulierung macht deutlich, daß Altern kein "Schicksal" ist, das einen plötzlich trifft - obwohl es die abrupten Alternserlebnisse, wie sie z.B. Jean Améry beschreibt[14], durchaus geben mag -, sondern ein Lebensgefühl, eine Einstellung zu sich selbst und zu den anderen, die sich über Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen sukzessive aufbaut. In einigen Gruppen mit älteren Erwachsenen habe ich die Erfahrung gemacht, daß auf dieses Zitat hin die Reaktionen spontan und erleichtert waren: also auch Jüngere können bereits Alterserlebnisse haben; oder es erinnerten sich Teilnehmer an eigene einschneidende Ereignisse in jüngeren Jahren, die bereits zu einer veränderten Lebensführung gezwungen hatten.

Altern als prozessuales Geschehen rückt somit auch die gelebten Jahre ins Blickfeld und gestattet den Blick auf den Lebenszusammenhang der Älteren. Bereits in den sechziger Jahren wurde vom Altern als "sozialem Schicksal" gesprochen[15]. Inzwischen hat sich der Radius der Sozialgerontologie erweitert, und Altern erscheint als "mehrfach

---

[12] Bachmann, I., Das dreißigste Jahr, München 1978[12], S.15

[13] Dörner, K./Plog, I., Irren ist menschlich, Wunstorf '78, S.324

[14] s. Améry, J., Über das Altern, Stuttgart 1969[2], S.63

[15] s. Thomae, H./Lehr, U., (Hrsg.), Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt 1968, S.VI

determiniertes Schicksal"[16], macht mit dem Begriff die Notwendigkeit einer differentiellen Gerontologie offenbar: "...denn Altern ist nicht in erster Linie ein kalendarisch festgesetzter naturhaft eintretender Prozeß, sondern wird maßgeblich von sozialstrukturellen, sozioökonomischen, kulturellen, politischen und biographischen Bedingungen im gesamten Lebenslauf des jeweiligen Menschen bestimmt"[17].

Lehr faßt die Mehrfachdeterminierung in drei Blöcken zusammen: 1. im biographischen Aspekt
2. im situativen Aspekt
3. im Aspekt der Beschaffenheit der Zukunftsorientierung[18].

Die biographische Komponente wird jedoch in Lehr's Ansatz des "mehrfach determinierten Schicksals" nicht in ihrer (eigentlichen) Bedeutung herausgestrichen; eine Gewichtung der aufgeführten Determinanten wird nicht vorgenommen. Es scheint mir daher sinnvoll, als weitergreifendes Modell den Ansatz des "Lebenslaufs als Gesamt" zu verwenden, um nicht doch der Gefahr der nur horizontalen Blickrichtung zu verfallen. Kohli[19] geht vom Lebenslauf als Gesamt aus, das zu befragen ist

a) auf seine soziale Konstruktion
b) auf den Aufbau der Person, d.h. die Sozialisation im individuellen Lebenslauf

und

c) auf die historische Sichtweise (als übergreifendes Moment); d.h. die Abhängigkeit der sozialen Verhältnisse von den jeweiligen historischen Gegebenheiten.

---

[16] s. Lehr, U., (Hrsg.), Interventionsgerontologie, Darmstadt '79, S.6

[17] Backes, G., Frauen im Alter, Bielefeld 1981, S.1

[18] s. Lehr, U., (Hg), 1979, a.a.O., S.6f.

[19] s. Kohli, Martin (Hg), Soziologie des Lebenslaufs, Darmstadt Neuwied 1978, S.12f

Die historischen Bedingungen wiederum haben gleichzeitig zwei Effekte: sie bestimmen die demographische Zusammensetzung einer Altersgruppe und die Lebenserfahrungen und damit die psychische Entwicklung derselben (Selektions- und Sozialisationseffekt)[20].

Ein Konzept der Sozialisation als soziale Konstituierung der Person in einem bestimmten historischen Kontext setzt folglich eine Reihe von Lebensphasen mit je unterschiedlicher Bedeutung. Von den herkömmlichen Phasenmodellen (z.B. C.G. Jung/Ch.Bühler/E.H.Erikson) unterscheidet sich dieser Ansatz grundlegend dadurch, daß nicht eine Lebensphase als prägend und festlegend für alle weiteren gesehen wird, sondern daß die Bedeutung und Beschaffenheit einer Lebensphase nur bei Berücksichtigung aller anderen erkannt werden kann. Eine solche Sichtweise macht möglich, den Erwachsenen als für Veränderung offen und lernfähig anzunehmen[21].

Für die einzelnen Phasen, z.b. die Phase des "aktiven Alters" nach der Pensionierung müssen die entsprechenden gesellschaftlich geformten Verhaltenserwartungen (Rollen) und Typisierungen beschrieben werden. Radebold z.Beispiel legt an die Phasen des Alterns die gleichen psychodynamischen Gesetzmäßigkeiten wie bei Kindheit, Jugend und jüngerem Erwachsenenalter an:

---

[20] ebenda, S.21

[21] Die aktuelle gerontologische Literatur bezieht sich häufig auf institutionell untergebrachte alte Menschen und damit auf Hochbetagte (75 Jahre und älter); ebenso ist es in einem Teil der bekannten empirischen Untersuchungen. Da ich nicht nur über die institutionell Untergebrachten und ganz alten Leute schreibe, bietet sich eine Betrachtungsweise an, die Kriterien bereitstellt, "Alter" als Phase zu differenzieren.

> "Progressions- und Regressionsschritte und das Bemühen um eine neue psychosoziale Identität in der jeweiligen Phase sind typische Merkmale derselben (der Phasen, G.B.), wobei im Alter die Regressionsschritte überwiegen"[22].

Radebold lehnt sich bei der inhaltlichen Bestimmung der Altersphase an Erikson an, der als Voraussetzung für das Erreichen eines Lebensabschnittes die individuell befriedigende Lösung von bestimmten psychosozialen Aufgaben annahm[23]. Die Auseinandersetzung mit diesen jeweiligen Aufgaben ist Voraussetzung einer relativen Ich-Stabilität. Für die Phase des sog. "aktiven Alters" sieht Radebold folgende psychosoziale Aufgaben:

> "Realisierung der vorgesehenen Pläne für die Zeit des Ruhestands und individuelle Gestaltung dieses Zeitabschnittes mit dem Partner; fortwährende adaptive Einstellung auf und Akzeptieren des Altwerdens; Auseinandersetzung (einschl. des Versuchs einer Bewältigung) mit den eintretenden sozialen Einschränkungen (Einkommensminderung, Verlust an sozialem Status und Aufgaben, Wohnbeschränkung usw.), den zunehmenden Krankheiten (Multimorbidität), den Verlusten an Objektbeziehungen und Bedrohung der Selbständigkeit; Auseinandersetzung mit der zunehmenden Möglichkeit des Sterbens und Todes"[24].

Radebolds Versuch der Beschreibung der altersgemäßen Verhaltenserwartungen läßt die Schwierigkeiten des Versuchs deutlich werden: in die sog. "psychosozialen Aufgaben" gehen ja nicht nur individuelle, entwicklungsbestimmte Momente ein, sondern auch gesellschaftlich-sozial bestimmte Rollenerwartungen und Standards, was zumindest als determinierend benannt sein müßte. Die

---

[22] Radebold, Hartmut, Psychosomatische Probleme in der Geriatrie, in: Uexküll, München Wien Baltimore 1979, S.728

[23] s. Erikson, E.H., Identität und Lebenszyklus, Frankfurt 1979², S.62ff.

[24] Radebold in Uexküll, S.731

auftretende "Regression" wäre also - betrachtet man psychosoziale Aufgaben wie Akzeptieren von Einkommensminderung oder Verlust an sozialem Status - eher als gesellschaftlich in Gang gesetzte Benachteiligung Älterer zu verstehen.

Trotz der aufgezeigten Schwierigkeiten des Unterfangens soll hier der Versuch unternommen werden, in einigen Determinanten das Alternsproblem zu umreißen. Es wird von einem Ineinandergreifen von individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen ausgegangen: Altwerden hebt sich von vorhergegangenen Lebensabschnitten dadurch ab, daß es von starken Veränderungen und Umstrukturierungen bestimmt ist, ohne - wie beim Jugendlichen - zu deren Verarbeitung gewisse "Moratorien" zuzulassen: es wird Reife, Einsicht, Erwachsensein erwartet. Hier greift die individuelle ebenso wie die soziale Komponente: das Fremdbild vom Älteren hat Auswirkung auf seine Selbstwahrnehmung; dem Älteren wird eine "soziale Nische" zugewiesen, die je nach sozioökonomischem Status immer enger werden kann. Die Umstrukturierungen wirken sich für viele Ältere so aus, daß sich das Verhältnis Außeneinwirkung - Selbstkompetenz immer mehr zu ihren Ungunsten verschiebt. Die psychologische Sichtweise kommt dann ins Spiel, wenn betrachtet wird, wie die Veränderungen vom Älteren wiederum wahrgenommen und verarbeitet werden können.

2.1. Altern als „individuelles Schicksal"

Auf der individuellen Schiene können außer dem biographischen und biologischen Aspekt bestimmte psychische Determinanten umrissen werden, die für das Alternserlebnis bzw. die Wahrnehmung und Verarbeitung maßgeblich sind. Es sollen zwei Hypothesenansätze herausgegriffen werden; zum einen Thesen hinsichtlich der besonderen Wahrnehmung und Verarbeitung von Veränderungen im Alter (Thomae); zum zweiten ein Erklärungsmuster zu der Frage, inwieweit der Ältere bei sich selbst Orientierungen für sein Handeln findet und inwieweit er sich von "anderen" geleitet und beeinflußt sieht („Locus of Control").

2.1.1. Kognitive Persönlichkeitstheorie des Alterns

Grundlegend ist der Gedanke, daß die Art, in der der Einzelne seine Welt erlebt, sein Verhalten bestimmt. Es geht um die Weltsicht, um die "erlebte Situation", um eine individuelle Art der Wahrnehmung[25]. - Von den vier Grundvariablen des Prozesses einer Persönlichkeitsveränderung (objektive situative Veränderung / erlebte Veränderung / motivationale Veränderung / Verhaltensveränderung) greift Thomae die Variable "erlebte Veränderung" heraus und leitet 3 Thesen über die spezifische Art der Wahrnehmung von Veränderung beim Älteren ab:

These 1: Verhaltensänderung kovariiert stärker mit erlebter Veränderung als mit objektiver Veränderung

Die These wird gestützt durch Untersuchungen, die die Erwartung einer Veränderung bei Älteren und deren folgendes Verhalten zum Gegenstand hatten. Z.B. zeigten sich bei klimakterischen Beschwerden, daß die Erwartung des Klimakterium als belastender empfunden wurde als die tatsächliche körperliche Umstellung. - Daß bei Älteren die Erwar-

---

[25] Thomae, Hans, Die Bedeutung einer kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns, in: Z.f. Gerontologie 4 (1971), S.8ff.

tung einer Veränderung sich gravierend auswirkt, zeigen auch Untersuchungen über den Eintritt in ein Altenheim: da mit dem Eintritt in das Altenheim überwiegend negative Vorstellungen verknüpft sind (Aufgeben der eigenen Wohnung / Verlust der Selbständigkeit / Nähe des Lebensendes etc.), verändert sich bereits vor Heimeintritt der Gesamtzustand des Älteren. Liebermann, Prock und Tobin beschrieben in ihrer Untersuchung Züge der Älteren auf der Warteliste, die man gemeinhin dem Altenheimbewohner zuschreibt: Einschränkung der sozialen Beziehungen, Apathie, Desinteresse an der Umgebung, Verschlechterung des körperlichen Zustandes, geringere Zukunftsperspektive[26]. Ohne die negativen Folgen des Heimeintritts für viele Ältere beiseite schieben zu wollen, kann für einen Teil gelten, daß das, was als Folge des Heimeintritts gilt, psychologischer Vorläufer ist. Ristl stellte dar, wie diejenigen, die in den letzten sechs Monaten vor Heimeintritt starke Unzufriedenheit zeigten, sich bei günstigen Bedingungen im Heim gut erholten[27]. Es sind also Institutionalisierungs- und Wartelisteneffekt zu unterscheiden.

An der Verästelung von gesellschaftlichen Vorurteilen und Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit ist ablesbar, wie stark der Ältere sozialen Mechanismen unterliegt, sobald er den privaten Rahmen verläßt und sich institutionellen Bedingungen anheimgibt: hier kommen Vorurteile in bezug auf die Institution und auf die Bewohner ins Spiel. Da der Ältere durch erlebte Veränderungen häufig bereits in seinem Selbsterleben beeinträchtigt ist, muß ihn dies um so härter treffen.-Inwieweit die Thomae'sche These sich nur auf alte Menschen bezieht, sei

---

[26] s. Liebermann, M.A./Prock, V.N./Tobin, S.S., Psychological effects of institutionalization, in: Journal of Gerontologie 23, 1968, S.343ff.

[27] S. Ristl, G., Untersuchung zum Problem der Übersiedlung in ein Altenheim, unveröff. Examensarbeit, Bonn 1966, zitiert nach Schneider, a.a.O., S.152

dahingestellt. Vermutet werden kann, daß Veränderung die entscheidende Variable ist. Da der Ältere existenziellen Veränderungen besonders häufig ausgesetzt ist, sind Verhaltensänderungen verständlich und eben häufig beobachtbar[28].

These 2: Jede Situation wird vom Individuum im Sinne der im Augenblick dominanten Motivations- und kognitiven Systeme und / oder Strukturen wahrgenommen und bewertet.

Thomae will aufzeigen, daß die "Qualität des Erlebens einer Situation nicht beliebig von außen manipulierbar ist"[29]. Die These macht aber auch deutlich, daß soziale Zwänge den Einzelnen dazu veranlassen können, eine Situation oder Veränderung in "vorgelebter Weise" zu sehen und zu erleben. Hier kommt wiederum das Alterssstereotyp ins Spiel, von dem der Ältere abhängig ist. Wickert sieht die These in Analogie zu Piaget'schen Begriffen[30]: durch Assimilation gleicht der Organismus Stimuli aus der Umgebung der ihm eingentümlichen Struktur an - hier dominiert der Einzelne; mittels Akkomodation werden persönliche, kognitive Schemata durch äußere Inhalte verändert - dies bedeutet Dominanz der Gruppe, auf die sich der Ältere bezieht und deren Meinung mehr Bedeutung oder Macht hat als seine eigene: "Die Dominanz der Erwartungen, des Individuums oder der Gruppe, bestimmen die jeweilige Richtung"[31].

In den aktuellen Prozeß der Wahrnehmung und Bewertung einer Situation gehen relativ konstante, lebenslang geprägte kognitive Systeme ein, die die kognitive Repräs-

---

[28] Thomae hat später allerdings seine Hypothesen weiterentwickelt indem er die Bedeutung kognitiver Faktoren nicht mehr nur auf erlebte Veränderung, sondern auch auf situative Determinanten und innere bzw. äußere Lebensbedingungen bezog; s. Thomae, H., Erlebte Unveränderlichkeit von gesundheitlicher und ökonomischer Belastung, in: Z.f.Geront. 12(1979), S.440

[29] Thomae 1971, a.a.O., S.12

[30] s. Wickert, J., Alter, unveröff. Manuskript, Tübingen 1976, S.9

[31] Wickert, ebenda

sentation mitbestimmen, wie z.B. generalisierte Erwartungen, Selbstkonzepte, Überzeugungen[32]. Als Beispiel sei die relativ niedrige Erwartungshaltung der jetzt älteren Generation in bezug auf die ökonomische Situation herausgegriffen: offenbar schätzen alte Menschen auch bei niedrigem Einkommen ihre wirtschaftliche Situation "unerwartet günstig" ein[33]. Die Erfahrung in zwei Weltkriegen, Weltwirtschaftskrise, Wiederaufbau haben eine Haltung bewirkt, die sich auch noch zu Zeiten objektiv größeren Wohlstandes als konstant erweist: gemessen wird an den selbst gemachten Erfahrungen, nicht unbedingt an den Lebensbedingungen der (jüngeren) anderen.

These 3: Anpassung an das Altern kann dann erreicht werden, wenn der einzelne Ältere die Situation in einer Weise wahrnehmen kann, die in Übereinstimmung mit seinem motivationalen Zustand steht.

Voraussetzung "erfolgreichen Alterns" ist demzufolge die Ausgewogenheit zwischen Bedürfnissystem und kognitiver Repräsentation; Veränderungen, die der Alternsprozeß mit sich bringt, müssen so wahrgenommen werden, daß sie der Ältere mit seinen momentanen oder überdauernden motivationalen Bedürfnissen vereinbaren kann. Da Situationen oft nicht in diesem Sinne veränderbar sind, muß eine "kognitive Umstrukturierung" eintreten.

Zur Verdeutlichung seiner These greift Thomae auf eine Untersuchung von Lehr/Dreher zurück, der zufolge Ältere dann eine positivere Einstellung zum Ruhestand hatten, wenn sie ein Gefühl von Kongruenz zwischen den erstrebten und den erreichten Zielen im Beruf hatten. Wird die Übereinstimmung nicht erreicht, treten verschiedene Mechanismen in Erscheinung: Kompensation in anderen Bereichen,

---

[32] s. Thomae 1979, a.a.O., S.442

[33] ebenda

Leugnen des eigentlich negativ Erlebten oder auch Identifikation mit der Situation der Kinder. Kongruenz kann also auch erreicht werden durch kognitive Umstrukturierung oder - im Falle der Orientierung an den Kindern - durch eine "Erweiterung des Selbst"[34].

Die angeführten Hypothesen belegen das Ausmaß der vom alternden Menschen geforderten Leistung: die Anpassung an das Altern erfolgt so, daß der Ältere vorhandene kognitive Systeme solange revidiert, bis ein neues relatives Gleichgewicht zwischen Umweltbedingungen und (psychischen) Verarbeitungsmöglichkeiten erreicht ist - da ja Änderungen der objektiven Situation unwahrscheinlich sind (!). - Die Kritik an Thomae, sein Anpassungsbegriff sei einseitig und die Sichtweise individualistisch[35], trifft insofern durchaus zu. Betrachtet man seine Thesen jedoch als Versuch der Beschreibung, wie Anpassung an das Alter psychisch verarbeitet werden muß unter derzeit herrschenden sozialen, normativen Bedingungen, so sind die Postulate ernstzunehmen.

Beim Umzug eines Älteren ins Heim z.B. liegt die Anpassungsleistung tatsächlich hauptsächlich beim Älteren selbst Sie gelingt dann am ehesten, wenn sich der Ältere aus freien Stücken und nach reiflicher Überlegung zur Übersiedlung entschließt. Dies stellt insofern die günstigste Ausgangssituation dar, als er dann nicht Opfer der Veränderungen wird, sondern selbst aktiv die Veränderung vornimmt. Kann er dann noch die tatsächlichen Bedingungen des Heimes einigermaßen mit seinen Vorstellungen in Einklang bringen, wird er ein "gut angepaßter" Heimbewohner (nach Thomae) sein. - Erlebt der Ältere die Heimübersiedlung dagegen als fremdgesteuert, und kommt dazu eine überaktive

---

[34] Thomae, H., 1971 a.a.O., S.14

[35] s. Kienzerle, F./ Mahler, Th., Bedingungen aktiver Lebensgestaltung und erfolgreiches Altern, Dipl.arbeit, Tübingen 1979, S. 67

Haltung des Personals, wird der Ältere sich hilf- und machtlos fühlen, ja sich sogar vor Maßnahmen des Peronals fürchten: er gerät in eine Sichtweise des Heimes von einer Warte der "erlernten Hilflosigkeit" aus[36]. Dies beschleunigt Vergeßlichkeit und Desorientierung: Realitätsverlust in pathologischem Ausmaß ist die Folge.

2.1.2. „Locus of Control"

Der Ansatz bietet Erklärungsmuster an, wie die Vermittlung zwischen dem Einzelnen und seiner sozialen Umgebung stattfindet. Der Mensch versucht, sich "ein Bild von der Welt" zu machen, die Dinge zu ordnen, damit er sich orientieren und ein Gefühl der Sicherheit erlangen kann. Heider stellte aufgrund attributionstheoretischer Analysen interpersonaler Beziehungen Prinzipien auf, "die wir zum Aufbau unseres Bildes von der sozialen Umwelt benutzen und die unsere Reaktionen auf diese steuern"[37]. Bereits das Kind erwirbt Orientierungsmuster, die es relativ konstant beibehält, solange die Abweichung im Erleben nicht frappierend ist. Zwei LOC-Variablen werden unterschieden:

"externer LOC": jemand orientiert sich in seinem Verhalten eher nach außen; das Ergebnis einer Handlung wird als Glücksfall, Schicksal, oder gar als unvorhersehbar betrachtet, unter der Kontrolle "mächtiger anderer".

"interner LOC": das Resultat einer H andlung wird als Ergebnis des eigenen Bemühens angesehen; der Handelnde vertraut auf die eigenen Fähigkeiten und Kontrollmöglichkeiten.

---

36 s. Witterstätter, K., Soziologie für die Altenarbeit, Freiburg 1981, S.93. Der Terminus "gelernte Hilflosigkeit" kann m.E. im oben hergestellten Zusammenhang durchaus im Sinn des Seligman'schen Terminus verstanden werden. Seligman berichtet von Untersuchungen, wonach der Umzug ins Altenheim - gleichzusetzen mit einem Verlust an Kontrolle über die soziale Umgebung - zu einem Zustand der Hilflosigkeit und in nicht wenigen Fällen zum Ableben führte; s. Seligman, M., Erlernte Hilflosigkeit, München Wien Baltimore '79, S.173ff

37 Anm. 37 Heider, F., Psychologie der interpersonalen Beziehungen, Stuttgart 1977, S.14

Über den Lebenslauf hinweg betrachtet scheinen Kinder mit zunehmendem Alter "internaler" zu werden (diese Aussage geht parallel mit anderen Autonomiekonzepten). Für unseren Kulturkreis betrachtet und dem ihm immer noch innewohnenden negativen Alterssstereotyp kann angenommen werden, daß Ältere aufgrund der Rollenzuschreibung im Verlauf des Alterns zu einem eher "externen LOC" hin tendieren; dies müßte selbstverständlich differenziert werden nach Status, Schulbildung, Lebensstandard und Geschlecht der Älteren. Es kann aber zumindest angenommen werden, daß Ältere zwischen verschiedenen "LOC-Bereichen" differenzieren: eine eher externe Kontrollerwartung dürfte im sozialen Bereich vorhanden sein, z.B. aufgrund des Erdulden-Müssens von Rollenbeschneidungen; auch im physischen Bereich wird sich ein Teil der Älteren der eigenen "Leiblichkeit" ausgeliefert fühlen: degenerative Erkrankungen und Altern per se können nur hinausgeschoben, nicht auf Dauer vermieden werden.

Es wäre auch eine Unterscheidung denkbar, die trennt zwischen der "Welt der Jungen" und der "Welt der Alten"[38]: in der mir vertrauten Umgebung meiner Generation werde ich mich als Älterer sicherer fühlen, hier verfüge ich über einen "internen LOC"; begebe ich mich in jüngere Kreise, z.B. in eine Geschäftswelt, die ich als Pensionierter nicht mehr verstehe, oder in einen Volkshochschulkurs, wo sonst nur junge Leute sind, so sehe ich Stärke eher bei den anderen, habe kein so großes Vertrauen in meine eigenen (eigentlich vorhandenen) Fähigkeiten.

Sowohl die "kognitive Persönlichkeitstheorie des Alterns" wie der Ansatz des "Locus of Control" sind als

---

[38] s. Kienzerle/Mahler, a.a.O., S.88

mögliche Denkansätze zu betrachten, um über eine sich verändernde psychische Verfassung von Älteren Aussagen zu treffen. Beide machen bereits deutlich, wie eng die Verflechtung zwischen individuellen und sozialen Bedingungen ist.

2.2. Altern als „soziales Schicksal"

Im gerontosoziologischen Bereich kommt dem Begriff der Anpassung zentrale Bedeutung zu[39]. Es wird zwischen sozialer und psychischer Anpassung unterschieden; zur psychischen Anpassungsleistung wurden bereits einige Ausführungen gemacht[40].

Rosow betont als ausschlaggebende Determinante zur erfolgreichen Anpassung an die Alterssituation die Kontinuität der Lebenssituation[41]. Als Vergleichszeitpunkt zieht er die sog. nachelterliche Phase heran, in der bestimmte Verpflichtungen bereits wegfallen, jedoch ansonsten noch keine Veränderungen bzw. Verschlechterungen der Lebenssituation stattfinden müssen und somit potentiell die Möglichkeit zur Herstellung besserer Lebensformen gegeben ist. Die Veränderungen in der eigentlichen Alternsphase können dann - betrachtet in ihrer subjektiven Bedeutung für den Einzelnen - zu dieser nachelterlichen Phase in Beziehung gesetzt werden. Rosenmayr berichtet gar (nach einer Un-

---

[39] der Begriff der Anpassung ist im deutschen Sprachgebrauch schwammig und wird demgegenüber im englischen Sprachraum positiver begriffen: "adjustment" umfaßt den wechselseitigen Prozeß zwischen Individuum und Umwelt: im deutschen ist die psychische und soziale Anpassungsleistung des Einzelnen gemeint.

[40] zu Anpassung und "erfolgreichem Altern" s. ausführlich in Tews, H.P., Soziologie des Alterns, Heidelberg 1979³, S.95ff.

[41] Rosow, I., Adjustment of the normal aged concept and measurement, in: Williams, R.H. et al (Hrsg.), Processes of aging, N.Y. 1963. Zit. nach Schmitz/Scherzer/Schick, Die psychische Situation des älteren Menschen im Heim, in: Beschäftigungstherapie und Rehabilitation 16 (1977), S.162

tersuchung von Blood und Wolfe 1960) von einer Verbesserung der Beziehung der Eheleute in dieser nachelterlichen Phase im Verhältnis zu der Zeit, als die Kinder noch im Hause wohnten[42].

Wäre jedoch die Altersphase so konstant, so bräuchte ja gar keine Anpassung zu erfolgen - daß Anpassung als die Altersleistung in der Literatur erscheint, trägt somit in sich die Aussage, daß Altern von Diskontinuitäten und Brüchen durchsetzt ist. In einer Lebensphase also, in der der Mensch stärker als zuvor auf Konstanz angewiesen wäre, muß er sich einer besonders großen Zahl von Veränderungen aussetzen - sei das der Weggang der Kinder, das Klimakterium, Pensionierung und die damit zusammenhängende Definition als "alt" oder der Verlust wichtiger Personen. Es mag möglich sein,daß bei (einigen wenigen) Erwachsenen solche Bruchstellen die besten Chancen für Aktivierungsbemühungen und Erlernen neuer Fähigkeiten bieten[43] - beim Älteren ist dies meines Erachtens eher die Ausnahme: im Gegenteil, Veränderung der Lebenssituation oder Deprivation führt bei Älteren rasch zur Krisensituation[44].

Um abzuklären, wann Umstellung und damit Neulernen noch möglich ist und wann Veränderung eher zur Dekompensation führt, wäre die Gruppe der sog. „älteren Erwachsenen" weiter zu differenzieren: handelt es sich hier doch um eine drei bis vier Jahrzehnte umfassende Altersgruppe (also fast zwei Generationen), die besser nach anderen Gesichtspunkten zu fassen wäre als gerade nach dem des kalendarischen Alters[45].

---

[42] s. Rosenmayr, L., Soziologie des Alters, in: König, R.(Hg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung Bd.7, Stuttgart 1976², S.365

[43] s. Kohli, M.(Hg.), Soziologie des Lebenslaufs, a.a.O., S.15

[44] s. Dörner/Plog 1978 a.a.O., S.312

[45] s. dazu Rosenmayr in König (Hg.) a.a.O., S.276ff

Ähnlich wie Kohli betont Caplan die beiden Seiten der Veränderungen im höheren Erwachsenenalter: er unterscheidet „Wachstumskrisen" von „unfallartigen Einbrüchen"[46]. Auch der Ältere kann danach u.U. an einer Krise wachsen, hat dafür aber die entsprechende "Trauerarbeit" zu leisten. O. Brim setzt die entscheidenden Krisen bereits früher im Lebenslauf an und konstituiert die "Krise der mittleren Jahre" als weiterwirkend auf das Alter: in der Periode zwischen 45 und 55 Jahren (allerdings für Frau und Mann unterschiedlich) fielen Entscheidungen, die die ganze weitere Entwicklung in bestimmte Bahnen lenke. Eine jede derartige Krise bringe eine Erschütterung der eigenen Identitätssicherheit mit sich: Rollen, Werte, Beziehungen, der ganze Rahmen des bisherigen Lebens könne in Frage gestellt sein[47].

Auf der einen Seite können wir also plötzliche, wenn auch u.U. vorhersehbare Veränderungen konstatieren - "Wendepunkte" im Lebenslauf, "Punkte einer Entwicklung, die ein Individuum zu Bestandsaufnahme, Revision, Neubewertung, Neuverstehen und Neubeurteilung zwingen"[48]. Für den Alternden bedeutet dies häufig, daß er Fähigkeiten und Rollenhandeln verlernen und vergessen soll[49], was, denkt man an die Mühen des Erlernens, zum Beispiel der beruflichen Fähigkeiten, ein schmerzlicher Vorgang ist. Auf der anderen Seite steht Altern als allmählicher Vorgang der Veränderung, der in kleinen Schritten Anstrengung und Anpassungsleistung abverlangt. Rosenmayr bezieht die positiven Möglichkeiten der besseren Handhabe von (Lebens-)Erfahrung mit ein:

---

[46] nach Balzer/Rolli, Sozialtherapie mit Eltern Behinderter, Weinheim und Basel 1975, S.130

[47] nach Rosenmayr in König, a.a.O., S.243

[48] Strauss, Anselm, Spiegel und Masken, Frankfurt 1968, S.107

[49] Riley bezeichnet den Prozeß des Verlernens als Desozialisation, ein aufwendiger und im Erfolg ungewisser Vorgang; nach Kohli, a.a.O., S.17

> "Altern ist also eigentlich ein Konfliktprodukt zwischen Erscheinungen, die mit Begriffen wie Abbau, Verfall oder Dekompensation umschrieben werden können, und dem Versuch eines Aufbaus im Sinne einer Erfahrungsverarbeitung und eines Entfaltungsprozesses des Selbst"[50].

- Alter damit als ständiger Wettstreit zwischen den Veränderungen des eigenen Körpers und negativen Veränderungen des sozialen Umfeldes und dem Willen, die eigene Persönlichkeit gegen Widerstände an weiterzuentwickeln und erworbene Möglichkeiten zu nutzen. Sicherlich läuft dieser Konflikt nicht bewußt ab, sondern manifestiert sich wiederum an konkreten Veränderungspunkten. Der Sichtweise liegt eine gewisse Ähnlichkeit zum Strauss'schen Identitätskonzept inne, der, wenn er vom Lebenslauf als einer Serie von Statusübergängen ausgeht, betont, daß ein Gefühl von Identität niemals ein für allemal gewonnen noch behauptet werde; wie ein gutes Gewissen werde es ständig verloren und wiedergewonnen....[51]. Auch Biographie erscheint damit als sich immer wieder konstituierendes und veränderndes Interaktionsprodukt[52].

Auf der anderen Seite läßt sich im sozialen Bereich in gewisser Weise doch auch "Kontinuität" über einen Lebensweg hinweg beobachten: Benachteiligungen und Selektionen wirken lebenslang. Sie entstehen meist nicht erst im Alter und sind lebenslänglich angelegt. Sie verdichten sich im Alter und kumulieren zu einer Verschärfung der Lebenssituation. Seeger-Roth untersucht und belegt diese "Kumulation von Benachteiligung" in verschiedenen Lebensbereichen und kommt darüber hinaus zu dem Schluß, daß bei Älteren wiederum Benachteiligung entsteht, wenn es um den

---

[50] Rosenmayr, L., in König (Hrsg.), a.a.O., S.284

[51] s. Strauss, A., a.a.O., S.117

[52] s. Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd.1, Reinbek bei Hamburg 1973, S.243

Versuch der Behebung der deprivierenden Daseinslage geht[53].

Einen wesentlichen Beitrag zur empirischen Überprüfung, wie sich Kontinuität bzw. Diskontinuität der Lebenssituation auf die Lebenszufriedenheit der älteren Menschen auswirken, lieferte Schenk[54]. Sie bezog sich vorwiegend auf Veränderungen im sozialen Bereich plus Einbeziehung des Gesundheitszustandes als vermutete bedeutsame Variable. Die Ergebnisse der Untersuchung seien kurz widergegeben.

Bei den untersuchten Personen wirkten sich Veränderungen nur dann auf die Lebenszufriedenheit aus, wenn sie in irgendeiner Form Verengungen des Lebensraumes oder Deprivation bewirkten; erstaunlich erscheint, daß auch eigentlich deprivierende Veränderungen nicht negativ vermerkt wurden (z.B. reduzierte Kontakte zu Kollegen nach der Pensionierung). Es konnten Verengungen von Standards, die im mittleren Erwachsenenalter aufgebaut wurden, festgestellt werden; z.B. Verminderung der Anzahl von Aktivitäten, der Sozialkontakte, des Einkommens. Einschränkend erlebt wurden v.a. Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Verwitwung und Abbruch von Familienbeziehungen. Erstaunlich war, daß die Verbesserung in Lebensbereichen, z.B. die Verbesserung des gesundheitlichen Wohlbefindens, sich nicht auf das Erleben auswirkten; d.h. die alten Leute subsumierten dies unter eine "gleichgebliebene Situation".

Im Bereich der Sozialkontakte fand immerhin bei ca. zwei Drittel der Interviewten eine Reduzierung im Umfang statt.

---

53 s. Seeger-Roth, W., Selektionen im Hinblick auf die Entstehung und Beseitigung von Benachteiligungen im Alter, Dipl.arbeit, Tübingen 1980, S.11

54 Schenk, H., Die Kontinuität der Lebenssituation als Determinante erfolgreichen Alterns, Köln 1975; die Untersuchung erfaßte selbständig lebende ältere Menschen über 65.

Dies könnte als Bestätigung der "Disengagement-These" verstanden werden. Jedoch konnte die Disengagement-These dadurch widerlegt werden, daß die Älteren, sind einmal Beschränkungen im Kontaktbereich vorhanden, dies noch nach Jahren als einschränkend vermerken. Nach der Disengagement-These würde der Ältere Reduktion im Kontaktbereich begrüßen und ein Zufriedenheitslevel dem anpassen.

Der Versuch Schenks, "erfolgreiches Altern" nicht in Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen, sondern in Abhängigkeit von situativen Determinanten zu sehen, konnte damit in einigen Determinanten bestätigt werden. "Die sich im Laufe des Alternsprozesses vollziehenden Diskontinuitäten bilden einen Komplex sich gegenseitig bedingender Veränderungen, wobei der Verschlechterung der Gesundheit eine besonders schwerwiegende Rolle zukommt, da sie häufig eine Reduzierung der Aktivitäten und Kontakte und eine Veränderung der Aktivitätsstruktur induziert"[55]. - Während Schenk in ihrer Untersuchung herausarbeiten konnte, daß Männer Diskontinuitäten stärker negativ erleben als Frauen[56], fanden Maas & Kuypers in einer 1930 begonnenen Längsschnittstudie, daß ältere Frauen stärkere Diskontinuitäten zu verarbeiten haben: das mütterliche Dasein in jüngeren Jahren und die spätere Auflösung der familiären Situation werden als Bruch erlebt. Männer dagegen könnten eher an früher geprägten Aktivitäten und frühzeitig entwickelten Interaktionsmöglichkeiten festhalten[57].

Im folgenden werden drei Fragestellungen behandelt, die mit den Voraussetzungen und dem Erfolg von Beratung in

---

55 s. Schenk, H., 1975 a.a.O., S.244

56 ebenda, S.236

57 Maas & Kuypers, From thirty to seventy, San Francisco 1974, nach Thomae, H., Altern und Lebensschicksal, in: Z.f. Gerontologie 13 (1980), S.424f.

Verbindung stehen. Im sozialen Bereich, wo gesellschaftlich-normative Standards in einer Vielzahl zur Geltung kommen, sind Schlüsse auf Beratungsmöglichkeiten aus folgenden Bereichen von Interesse:

1. Wie verändert sich das Aktivitätsniveau des Älteren?
2. Wie verändern sich seine sozialen Beziehungen?
3. Mit welchem Kompensationspotential als Reaktion auf Veränderungen und Verluste kann beim alten Menschen gerechnet werden?

2.2.1. Aktivität und Disengagement

Zum Kontakte- und Aktivitätsniveau bei Älteren liegen zahlreiche empirische Untersuchungen vor, die sich den beiden bekanntesten Modellen, der Aktivitäts- und der Disengagement-These, verpflichtet fühlen. Obwohl in der soziogerontologischen Literatur hinreichend diskutiert, sollen sie hier nochmals kurz vorgestellt werden, um auf ihrer Grundlage zu einigen Aussagen über mögliche Aktivierung Älterer zu kommen.

Die sog. Aktivitätstheorie, die vorwiegend aus gerontologischen Untersuchungen der 60er Jahre in den Staaten hervorging (Maddox 1965/Havighurst und Albrecht 1953), geht von der Annahme aus, daß ein zufriedenes Leben im Alter mit der möglichst vollständigen Aufrechterhaltung der Aktivitäten und Sozialkontakte des mittleren Erwachsenenalters einhergeht. In der BRD wurde die These v.a. von Tartler aufgegriffen, der sie folgendermaßen formulierte: soziale Partizipation (= Aktivität) begünstigt erfolgreiches Altern; der 'erfolgreich' Alternde ist in der Lage, das Ausmaß von Veränderung in diesem Bereich zu minimieren oder zu kompensieren. Zufriedenheit im Alter kann sich nur dann ergeben, wenn man in der Lage ist, den durch die Pensionierung erzwungenen Verlust an (beruflicher Leistungs-)Aktivität durch andere Beschäftigungen, Kontakte und Kommunikation zu kompensieren[58].

---

[58] s. Tartler, R., Das Alter in der modernen Gesellschaft, Stuttgart 1961, S.167

- Die These hatte Einfluß auf die Praxis der Altenarbeit, die bis dahin höchstens bewahrend gearbeitet hatte; u.a. wurde durch die neuen Erkenntnisse Ende der 60er Jahre/ Anfang der 70er die Altenclub-Bewegung in Gang gesetzt; sicherlich als erfreulich für die Jahre einzuschätzen, in denen der später hochstilisierte "Altenboom" noch nicht in Sicht schien[59].

Die Disengagement-These, als Kritik an der Aktivitäts-These formuliert, besagt, daß sich Interaktionen und Aktivitäten des Älteren verringern, sei es durch Veränderungen wie Pensionierung, gesundheitliche Einbußen oder Verlust früherer Interaktionspartner. Die Vertreter der DT gingen über diese deskriptiv zu verstehende Aussage jedoch hinaus und postulierten eine in der menschlichen Natur begründete Zwangsläufigkeit des Prozesses beim Älteren (Cumming & Henry 1961): der Ältere wolle den Rückzug, früher wahrgenommene Aktivität werde ihm jetzt zur Last. "Disengagement" sollte als wechselseitiger Prozeß verstanden werden, denn auch die Gesellschaft entlasse den Älteren aus der Pflicht (aus Rollenverpflichtungen).

Daß der Ältere Einschränkungen an Kontakten und Aktivitäten erfährt, war ja auch den Vertretern der Aktivitätsthese geläufig. Die Kritik richtete sich vielmehr gegen die Annahme, der Ältere wolle und betreibe aktiv seinen Rückzug. Es wurde ein "biologischer Determinismus" kritisiert, der Verhaltensweisen dem Individuum anlastet, die eher als erzwungene Ausgliederung aus der Gesellschaft beurteilt werden könnten. - Cumming räumte später allerdings ein, daß es hinsichtlich der Bereitschaft zum Rückzug persönlichkeitsspezifische Unterschiede geben könne (1963).

Von den sozialpolitischen Konsequenzen her betrachtet böte die These vom Disengagement die bequemere Position: für je-

---

[59] s. dazu Koch-Straube/Koch/Leisner, Alternsforschung. Ein Lernprogramm für die Praxis, Stuttgart 1973, S.26

manden, der den Rückzug wünscht, erscheint es überflüssig, Kontaktangebote zu machen oder Aktivierungsprogramme zu erstellen. Rosenmayr sieht die sozialpolitischen Konsequenzen zudem unter dem Aspekt der Generationenfolge:

> „...Auch andersherum, von der Gesellschaft zum Individuum, kann man den Funktionalismus dieser Art wenden: Weil die nachdrängenden Individuen ihren Aktivitätsraum benötigen, schafft die Gesellschaft Einrichtungen des Rückzugs, die dann von den älteren Individuen bejaht und als Komplementärform zu ihren Erwartungen erwünscht werden"[60].

Ähnlich wie die Vertreter der DT modifizierten die AK-Vertreter ihre These dahingehend, daß sie ebenfalls auf die Bedeutung der Persönlichkeit als intervenierende Variable zwischen Aktivität und Lebenszufriedenheit hinwiesen. Havighurst betonte, daß für einige Ältere Lebenszufriedenheit verknüpft sein könne mit Aktivität, für andere mit Rückzug. Er betonte die Bedeutung von Kontinuität im Lebenslauf: Jemand mit einem aktiven, nach außen gerichteten Lebensstil im mittleren Erwachsenenalter werde diesen wohl auch gerne im Alter beibehalten (mit Veränderungen in gewissem Umfang); andere dagegen seien zufrieden - nach einem häuslichen, passiven Leben - mit einer ähnlich zurückgezogenen Haltung im Alter[61].

Maddox (1963) prüfte nach, wieviele Ältere aus einer Untersuchungsgruppe eher dem "aktiven Typ" und welche mehr dem "Disengagement-Typ" zuzuordnen waren. Als Ergebnis zeitigte er ein Fünftel der Älteren als "Disengagement-Typen"; demnach hätte der überwiegende Teil der Untersuchten in ihrem früheren Erwachsenenalter ein aktives, kontaktreiches Leben geführt und würde dies auch im Alter befürworten. Nun ist natürlich Aktivität im mittleren Erwachsenenalter gesellschaftlich erwünscht und damit auch als jeweils kulturspezifisch ausgeprägt anzusehen. Man

---

60 Rosenmayr, L. und H., Der alte Mensch in der Gesellschaft, Reinbek bei Hamburg 1978, S.50

61 Havighurst 1963, nach Schenk, a.a.O., S.34

könnte dann annehmen, daß die Aktiven einfach die sind, die nicht bereit waren, ihre Erwachsenenrollen wieder zu "verlernen"; oder man muß davon ausgehen, daß es sich bei den im Alter gewählten Aktivitäten um Ersatz-Aktivitäten handelt - der Ältere hat also seine Rollen abgelegt, nicht aber den "Antriebsmotor" abschaffen können. In einer späteren Untersuchung (1966) stellte Maddox fest, daß Aktivität mit höherem Lebensalter tatsächlich in gewissem U mfang abnahm, daß jedoch das Muster: niedrige Aktivität - hohe Lebenszufriedenheit genauso bei Jüngeren anzutreffen war. Mit dieser Untersuchung konnte Maddox bislang am ehesten empirisch überzeugend belegen, daß Rückzug kein altersspezifisches Verhaltensmuster ist, sondern als persönlichkeits- oder situationsbedingt anzusehen ist. Dabei spielt außerdem die Freiwilligkeit bzw. Erzwungenheit des Rückzugs eine Rolle[62].

Nach Ergebnissen der Bonner Schule wäre die Verbindung bzw. das Schwanken zwischen Aktivität und Disengagement für den typischen Lebenslauf eines Älteren als gegeben anzunehmen[63]. Bei Einschnitten, die gesellschaftlich vorgegeben sind, wie z.B. dem Zeitpunkt der Pensionierung, setzt als Folge der ohnehin sich dadurch entscheidend einschränkenden Sozialkontakte ein vorübergehendes Disengagement ein, das auf die nötige Umstellung des Älteren zurückzuführen ist, der die Pensionierung psychisch und physisch zu bewältigen hat. Bei einigermaßen günstigen Lebensumständen (z.B. bei einem guten sozialen Netz im privaten Bereich; oder bei Beschäftigungen, die schon vor der Pensionierung aufgenommen wurden) bewegt sich der Ältere nach dieser Phase der Zurückgezogenheit wieder auf ein gewisses Maß an Aktivität zu, das in den meisten Fäl-

---

62 s. Lowenthal, M.F., Boler, D., Voluntary vs. involuntary social withdrawel, in: Journal of Gerontology 20(1965), S.369f.

63 s. Wickert, J., a.a.O., S.7

len geringer ist als vor der Pensionierung. Das vorübergehende Disengagement wäre so zu verstehen als notwendige Reaktion auf die Belastungen, die die Umorientierung auf die neue Lebenssituation auslösen.

Nach Rosenmayr ist noch am ehesten die Position zu halten, daß diejenigen am zufriedensten sind, die das Ausmaß ihrer Aktivitäten und Interaktionen frei wählen können[64]. Da dies durch nicht in der Macht des Älteren liegende Verluste häufig nicht möglich ist, dürfte hier der Grundstein für die häufig anzutreffende Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation sein.

2.2.2. Veränderung der Sozialbeziehungen

Leider werden in der soziogerontologischen Literatur "Aktivität" und "Sozialkontakt" häufig vermischt. Bei den Theoretikern der Aktivitäts- und Disengagementstheorie wurde rein quantitativ die Frage nach den Sozialkontakten häufig, jedoch nicht immer mitverhandelt. Da die Frage nach Umfang und Art der Beziehungen des Älteren in Beratungen und für die Verbesserung der Lebenssituation großen Stellenwert einnehmen, soll sie hier - vor allem im Hinblick auf die Einsamkeitsproblematik bei Älteren - getrennt besprochen werden.

Sicherlich können wir für den Bereich der Sozialbeziehungen Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zu Aktivität und Disengagement übernehmen:

1. daß sich Sozialkontakte verringern;
2. daß wahrscheinlich die meisten Einbußen nicht freiwillig stattfinden, sondern indirekte Folge sind von Rollen- und Statusverlusten;
3. daß wir mit einem gewissen (kleineren) Teil der Älteren rechnen müssen, die dieses "Disengagement" begrüssen;
4. daß wir im Kontaktverhalten mit Erwartungen und Verhaltensmustern zu tun haben, die lebenslang erworben und geübt sind und damit ebenso auf Kontinuität angewiesen sind.

---

[64] s. Rosenmayr, Der alte Mensch in der Gesellschaft, a.a.O., S.48

Rosenmayr bestimmt aufgrund seiner These des sozialen Austausches[65] die Zeit des Alterns als - nach dem "aktiven Erwachsenenalter" mit Produktivität und Gewähren, d.h. mit Anwendung der erworbenen Fähigkeiten und Weitergeben an andere - wiederum Zeit des "Aneignens". Der Ältere ist im gesellschaftlichen Sinne nicht mehr produktiv. Durch die stattgefundene Abwertung von früher hochgeschätzter und benötigter Erfahrung, außerdem durch die heutzutage anders als früher durch das Erbe gegebenen Möglichkeiten des Erwerbs von Besitz sieht er sich in eine Position gebracht, in der er anderen wenig geben kann, sondern verstärkt aufgrund fortschreitenden Abbaus auf andere angewiesen ist. Noch Anfang bis Mitte dieses Jahrhunderts spielte sich der Austausch zwischen den Generationen weitgehend innerfamiliär ab. Heutzutage müssen die "Gewährensaufgaben" der Erwachsenengeneration bereits zum Teil von Organisationen und Institutionen übernommen werden. Aufgrund der gesunkenen Wertigkeit des Älteren in einem System, das einerseits an Nützlichkeit und Leistung orientiert ist, das andererseits sozialen Ausgleich und Chancengleichheit für den Einzelnen proklamiert, scheint eine gewisse "Überbalancierung"[66] notwendig, die auf Aktivierung der Älteren und Einlösen der (versprochenen) Lebenschancen abzielt.

Wesentlich an dem Austausch von früher eigenen, vertrauten, Hilfe bietenden Personen zu institutionell organisierter Hilfe ist die emotionale Seite des Älteren, die nicht genügend berücksichtigt wird, die quasi "zu kurz kommt". Zudem muß beachtet werden, daß der jetzt alte Mensch in einer Zeit aufgewachsen ist, in der das alte Prinzip des Aneignens und Gewährens innerfamiliär eingehalten wurde; jetzt im eigenen Alter jedoch muß der

---

[65] s. Rosenmayr, L. und H., a.a.O., S.51

[66] ebenda, S.63

Ältere lernen, daß er diese Hilfeleistung, die er selbst noch seinen Eltern zuteil werden ließ, von seinen Kindern nicht mehr erwarten kann.

Das Problem der Einsamkeit ist, durch das immer häufigere Eintreten von Verlusten, an das höhere bzw. hohe Alter stärker geknüpft. Ein Verlusterlebnis kann ein alter Mensch nicht nur beim Ableben einer wichtigen Person, sondern ähnlich z.B. bei der Veränderung einer zuvor konstanten, für ihn Bedeutung habenden Situation empfinden. Starke Einsamkeitsgefühle sind die Folge.

Die Zahlen aus empirischen Untersuchungen zur Einsamkeitsproblematik schwanken beträchtlich und sind nur eingeschränkt anzuführen, da Ältere aus Stolz oder Scham häufig nicht zugeben werden, wie wenig Kontakte sie tatsächlich haben. S. de Beauvoir nennt als weiteren Grund Selbstbetrug: man möchte sich selbst nicht eingestehen, daß man sich einsam oder vernachlässigt fühlt[67]. Befragungsergebnisse schwanken von 3% (Blume) bis 57% (Beauvoir) alter Leute, die sich sehr einsam fühlen[68]. Blume berichtet allerdings von 75%, die es ausdrücklich begrüßen würden, wenn sie ab und zu Besuch bekämen.
- Verwandtenkontakte haben verständlicherweise durch die emotionale Verbundenheit einen größeren Stellenwert als nachbarliche. Von daher stellt sich die Frage, wieviele Ältere keine Kontakte zu Verwandten haben. Die Zahlen aus verschiedenen Untersuchungen schwanken zw. 6% und 10%, wobei sich die Alleingelassenen wieder in den höheren Altersgruppen häufen[69]. - In einer anderen Untersuchung unter Betagten in St. Gallen 1970 wurden 13% der Älteren über 65 Jahren als "sozial isoliert" ermittelt.

---

67 Beauvoir, Simone de, Das Alter, Reinbek . Hamburg '77, S.213

68 Blume, O., Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe, Tübingen 1968, S.109; Beauvoir, ebenda

69 s. Schneider, H.-D., a.a.O., S.114

Diese Älteren lebten in Altenwohnsiedlungen, waren gesundheitlich beeinträchtigt, alleinlebend oder kamen selten mit Verwandten zusammen[70].

Besonders geringe Chancen zum Kontakt haben unverheiratete alte Leute; da sie weder auf Kinder noch auf Verwandte von Partnerseite rechnen können, sind sie auf die eigenen Verwandtschaftsbeziehungen und selbst aufgebaute andere Beziehungen angewiesen. Auf der einen Seite befinden sich in diesem Personenkreis sicherlich besonders viele "Kontakt-Ungeübte"; auf der anderen Seite ist erfahrungsgemäß für Alleinstehende der Kontakt zu verheirateten Gleichaltrigen aufgrund der Geschlossenheit der Ehen sehr erschwert. Man könnte annehmen, daß durch die zahlreichen bereits verwitweten Älteren der alleinstehende Ältere keine Kontaktschwierigkeiten hätte; erfahrungsgemäß haben aber Verwitwete (zumindest übergangsweise) enorme Schwierigkeiten, mit anderen in Verbindung zu treten. Im Gesamt betrachtet besteht eine generell ungünstige Situation für den unverheirateten Älteren.

Die meßbaren Kontakte eines Älteren stehen allerdings nur lose mit dem tatsächlichen Empfinden der eigenen Situation in Zusammenhang. Auch bei offenbar vorhandener sozialer Integration ist innere Absonderung und Isolierung möglich; gerade bei Älteren treffen wir dies öfters an. Thomae/Lehr weisen zur Erklärung dieses Sachverhalts darauf hin, daß vor allem solche ältere Personen über Einsamkeit und Vernachlässigung klagen, die bereits in der Jugend Schwierigkeiten mit Kontakten hatten[71]. Ebenso gut könnte als Erklärung herangezogen werden, daß sich der Ältere trotz so-

---

[70] ebenda

[71] s,Lehr,U./Thomae, H., Die Stellung des älteren Menschen in der Familie, in: Wurzbacher, G. (Hrsg.), Die Familie als Sozialisationsfaktor, Stuttgart 1977², S.202

zialer Einbettung über besondere erlebte Verluste nicht hinwegsetzen kann und das Verlusterleben seine psychische Befindlichkeit dominiert. - Auf der anderen Seite gibt es auch bei Älteren die "Kontaktschlucker", die sich trotz reger Beziehungen weitere Bekanntschaften wünschen. Als Grund solchen Kontaktverhaltens kann angenommen werden, daß durch Aktivität vorhandene Unzufriedenheit, durch Rollenverluste aufgetretene Leerstellen und eventuell aufkommende Angstgefühle überdeckt werden sollen. Hilfe für die Notwendigkeit der Verarbeitung der Veränderungen sucht man im Gespräch und Kontakt mit anderen, ohne dabei die Intensität zu erreichen, die man sich eigentlich wünschte.

Eine dritte Gruppe von Älteren zeichnet sich dadurch aus, daß sie zwar im Grunde recht einsam sind, dies aber nicht zugeben mögen. Sie haben Angst vor Mitleid der Umgebung, vor "Almosen" in Form von Einladungen etc. Es ist sicherlich auch ein Merkmal der jetzt Älteren, daß sie niemandem "zur Last fallen" wollen: eine genügsam gebliebene Generation.

Anzumerken bleibt, daß Untersuchungsverfahren, die alternativ nach guten oder schlechten Beziehungen der alten Menschen forschen, der vorhandenen Differenziertheit nicht gerecht werden. Ältere sind ebenso wie Jüngere in ihren Beziehungen Schwankungen unterworfen; Zeiten gegenseitiger Annäherung (zu Kindern oder zur Verwandtschaft) wechseln ab mit Phasen größerer Distanziertheit.

Geht man weiterhin davon aus, daß ein Teil der Drei-Generationen-Kontakte aus Verpflichtungsgefühlen heraus zustande kommt (im Sinne des oben angerissenen Austauschprinzips), so dürfte dies keine ausgesprochen gute Basis für Beziehungen sein. Untersuchungsergebnissen und der eigenen Erfahrung nach, wie gute Beziehungen langfristig gelingen, dürften diejenigen Älteren am besten fahren, die Kinder haben, jedoch selbständig leben ("Innere Nähe zu äußerer Distanz"), im Notfall auf Hilfe von einem der

Kinder rechnen können und sich außerhalb weitere Kontakte aufbauen. - Anzumerken bleibt, daß die Frage nach dem Erleben von Kontakten letztendlich empirisch nicht voll faßbar ist.

2.2.3. Möglichkeiten der Kompensation

Als Grundsatz des Ausgleichs kann gelten, daß der Verlust einer Beziehung oder Beschäftigungsmöglichkeit desto besser kompensiert werden kann, je mehr verschiedene, vorher bereits ausgeübte Aktivitäten vorhanden sind. Eine zentrale Rolle spielt die Beschaffenheit des sozialen Umfeldes, d.h. wie die Qualität der Beziehungen ist, auf die der ältere Mensch zurückgreifen kann. Hinsichtlich von Beziehungsverlusten bedeutete dies Vorausschau und Planung zu einem Zeitpunkt, zu dem der drohende Verlust häufig verdrängt wird und alle Kraft in Anspruch genommen wird, um die anstehenden Aufgaben zu bewältigen; z.B. beim langsamen Abgleiten des Ehepartners hin zur Pflegebedürftigkeit. Zukunftsplanung stellte hier emotionale Überforderung der Betroffenen dar. Trauer nach Partnerverlust ist ein notwendiger Prozeß und kann kaum mit geschäftiger "Vorbereitung" umgangen werden.

In Bezug auf Freizeitaktivitäten ist die jetzt ältere Generation mit einem anderen Handicap versehen: aufgrund der direkten Arbeitsanforderungen und der Anstrengungen des Wiederaufbaus nach dem zweiten Weltkrieg wurde wenig Augenmerk gerichtet auf den Aufbau anderer Aktivitätsmöglichkeiten als der leistungsbetonten Lohnarbeit. - Tews weist darauf hin, daß sich kaum neue Freizeitaktivitäten im Alter herauskristallisieren, sondern daß die Berufstätigkeit nur bestimmte Aktivitäten in ihrem Umfang zurückdrängt[72].

---

[72] Tews, Hans Peter, Soziologie des Alterns, Heidelberg 1979³, S.244

Da erlittene Verluste im Beziehungsbereich in gewissem Ausmaß kompensierbar, letztendlich vom emotionalen Gewicht her aber nicht ersetzbar sind, nimmt der Ältere "Leerstellen" in Kauf. Es kann vermutet werden, daß eine Umorientierung stattfindet auf nicht mit Beziehungen in Zusammenhang stehende Tätigkeiten. Tews berichtet, daß im Alter stärker hausgebundene Aktivitäten bevorzugt werden, z.B. Lesen oder künstlerische Tätigkeiten (sicherlich häufig auch aufgrund der eingeschränkten Gehfähigkeit, die vom Älteren als besonders gravierend erlebt wird). Wichtigen Stellenwert hat bei Älteren das Radio, da bei schlechterem Sehen der Fernseher ständiger Erinnerer an die verlorengehende Sehkraft ist, was erfahrungsgemäß sehr stark als Alternserlebnis verbucht wird.

Das Kompensationspotential des Älteren verringert sich durch verschiedene alternstypische Veränderungen: z.B. durch den früher oder später einsetzenden körperlichen Abbau, durch ökonomische Verschlechterungen oder den Verlust sozialer Positionen. Durch die stattfindenden Einschränkungen wird auch deren Ausgleich immer schwieriger. Zudem wird durch das bestehende Alterssstereotyp mögliche Aktivität zusätzlich behindert, da bestimmte Handlungsmöglichkeiten nicht mehr zugelassen sind. Der Ältere gerät auf diese Weise geradezu in eine Spirale der sich potenzierenden Einschränkungen.

2.3. Psychische Veränderungen im höheren Erwachsenenalter

Ältere unterliegen der öffentlichen Meinung nach einer Vielzahl psychischer Veränderungen. Untermauert wurde dies durch Daten der Psychiatrie-Enquête, die auf den hohen Anteil der psychisch kranken Alten aufmerksam machte[73].

---

[73] s. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Bonn 1975, S.248

Es sei betont, "daß Altern keine bestimmten Krankheiten macht"[74]. Vielmehr kann der einsetzende Altersvorgang bereits vorhandene Krankheiten verstärken oder schon früher verdeckt vorhandene sichtbar werden lassen. Bei einigen psychischen Erkrankungen ist auch bekannt, daß sie im Alter abgeschwächt verlaufen (z.B. Schizophrenie, Depression)[75]. In der Literatur finden wir über die Häufigkeit psychoreaktiver Erkrankungen unterschiedliche Auffassungen: einerseits wird eine Abnahme psychischer Störungen mit dem Alter angenommen (Schulte/ Ciompi), auf der anderen Seite wird auf die größere Anfälligkeit für reaktive Störungen aufmerksam gemacht[76]. - Im Überblick betrachtet, wird ein großer Teil der Störungen als reaktiv bedingt angesehen. Nach Pörksen sind in über der Hälfte der Fälle Veränderungen im sozialen Feld von ausschlaggebender Bedeutung[77].

Sicherlich sind die Grenzen für psychische Erkrankung - wie in allen Lebensaltern - fließend. Häufig wird der Ältere erst bei ganz massiven Verhaltensänderungen auffällig. Zuvor wird vieles als "Marotte" geduldet, was beim Jüngeren, im Arbeitsprozeß Stehenden, bereits als "gestört" gelten würde. Da viele Ältere bereits Jahre vor Beginn der Beeinträchtigung mit wenigen Kontaktpersonen leben, bleibt ihre Erkrankung verborgen. Starke Verhaltensauffälligkeiten haben dann häufig leider bereits Signalfunktion, daß der Ältere alleine nicht mehr kann. Die Möglichkeit der Rehabilitation ist durch späte Erkennung dann fraglich.

---

74 s. Dörner/Plog, a.a.O., S.312

75 s. Ciompi, L., Allgemeine Depressionsprobleme im Lichte von Verlaufsforschungen bis ins Alter, in: Z.f. Gerontologie 6 (1973), S.401

76 s. Greger, J., Psychoreaktive Erkrankungen im höheren Lebensalter, in: actuelle gerontologie 4 (1974) S.542

77 s. Pörksen, N., Kommunale Psychiatrie, Reinbek bei Hamburg 1974, S.96

Im Vorfeld der im engeren Sinn psychischen Störungen werden als typische Altersveränderungen genannt: konservative Einstellung mit Festhalten am Gewohnten (zu sehen auf dem Hintergrund der sich verstärkenden Angst vor Veränderung); gesteigerte Vorsicht; eine gewisse Eingefahrenheit und Festhalten an bestimmten Ritualen im Alltag. Es kann im Alter zur Überspitzung und Übersteigerung bis zur Karikatur jedes bereits früher vorhandenen Persönlichkeitsmerkmales kommen (ohne krankhafte Veränderung; z.B. aber auch bei Schlaganfallpatienten, die für ihr besonders nörglerisches und zänkisches Verhalten bekannt sind)[78]. Übereinstimmend werden in der einschlägigen Literatur als besondere Eigenarten des Älteren Neigung zu Ängsten, depressive Verstimmungen und v.a. noch hypochondrische Tendenzen vermerkt:

> "Allgemein hat der ältere Mensch gegen Gefühle der Frustration und Abwertung, des Überflüssigseins, der Angst vor Verlusten und Bedrohungen, aber auch vor Sterben und Tod anzukämpfen. Besonders gut sind daher die im Alter zahlenmäßig zunehmenden hypochondrisch-depressiven und ängstlichen Syndrome zu verstehen"[79].

Innerhalb des Beratungsbereichs tauchen erfahrungsgemäß immer wieder Störungen auf, die dem depressiven Formenkreis entstammen. Ebenso häufig haben wir mit Wahnbildung zu tun (hirnorganisches Psychosyndrom). Als dritter großer Bereich tritt die besondere Suizid-Gefährdung des Älteren hervor. Die drei Störungsbereiche sollen daher detaillierter umrissen werden.

---

78 s. Grond, Erich, Praxis der psychischen Altenpflege, München-Gräfelfing 1978, S.81

79 Radebold, H., Psychische Erkrankungen im höheren und hohen Erw.alter und ihre Behandlungsmöglichkeiten, in: Reimann, H./Reimann, H. (Hg.), Das Alter, München 1974, S.146

2.3.1. Depression im Alter

Die frühere Literatur zur Altersdepression war geprägt durch den Begriff der "Involutionsdepression" (Rückbildungsdepression), bei der die Auslöser im psychophysischen Altersabbau des Patienten gesehen wurden. Eine derartige Entwicklung war höchstens zu verlangsamen, jedoch nicht therapeutisch angehbar. Diese Vorstellungen wirken bis in die heutige psychiatrische Praxis hinein - nicht umsonst meinen Junkers u.a., daß der von Kraepelin geprägte Satz "die Alterspsychiatrie sei das dunkelste Kapitel der Psychiatrie" bis heute kaum an Gültigkeit verloren habe[80]. Psychotherapieforschung werde in der Gerontopsychiatrie durch eine intensive Wechselwirkung psychischer, somatischer und sozialer Einflüsse kompliziert.

10% bis 15% der über 65jährigen leiden an einer depressiven Erkrankung ("mittelgradige" oder "schwere" Depression[81]). Depression bzw. Neigung zur depressiven Verstimmung finden wir jedoch nicht nur gehäuft gegenüber Jüngeren bei den über 65jährigen, sondern bereits in der Gruppe der 45-65jährigen: 70% der von Ciompi (1973) untersuchten Erwachsenen wurden in diesem Lebensabschnitt erstmals klinisch behandelt. - Als allgemeine Praedilektionsphase für depressive Störungen aller Art muß nach seinen Ergebnissen einer zweiten Untersuchung das Alter zwischen 61 und 75 Jahren betrachtet werden, da in diesem Raum der größte Anteil der Hospitalisierungstage bei Männern und Frauen festgestellt wurde[82]. Einzuschränken ist dieses Ergebnis sicherlich, da die Dauer der Hospitalisierung ja nur bedingt den Schluß zuläßt, daß in dieser Lebensphase besonders häufig Depression auftritt. Näher liegt als Erklärung, daß Menschen dieses Alters besonders lange stationär behandelt werden. - Als Ergebnisse können aus den Untersuchungen gewonnen werden:

---

[80] s. Junkers, G./Kanowski, S./Paur, R., Forschung Lehre und Krankenversorgung aus der Sicht einer Abteilung für Gerontopsychiatrie, in: Z.f.Gerontologie 9 (1976) S.153

[81] s. Hautzinger, M., Depressive Reaktionen im höheren Lebensalter, in: Hautzinger/Hoffmann (Hrsg.), Depression und Umwelt, Salzburg 1979, S.161

[82] s. Ciompi, a.a.O., S.403f.

1. gegenüber Jüngeren treten bei Erwachsenen zwischen 45 und 65 Jahren häufiger depressive Erkrankungen auf (Ersterkrankung);
2. aufgrund des besonders großen Anteils von Hospitalisierungstagen bei alten Menschen zwischen 61 und 75 Jahren (88% bei Männern und 66% bei Frauen) kann geschlossen werden, daß diese a) länger hospitalisiert werden und b) (zu schließen aus dem äußerst großen Anteil der Tage, den diese Altersgruppe stellt) tendenziell häufiger erkranken als Jüngere.

Aus seinen Untersuchungsergebnissen leitet Ciompi ab, daß es "depressogene Faktoren" geben müsse, die bevorzugt in bestimmten Lebensphasen wirksam werden. Andere neuere Ansätze gehen zur Erklärung der Altersdepression von den Belastungsfaktoren für Ältere aus: jede wie auch immer beschaffene gravierende Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation kann Anlaß psychischer Dekompensation sein[83]. Dörner/Plog weisen darauf hin, daß schon geringfügige körperliche Ereignisse seelische Zusammenbrüche bewirken können, deren Folgen überdauerndes Problem bleiben[84]. Ausdrucksformen des dekompensatorischen Prozesses können sein: Depression, aber auch eine paranoid-halluzinatorische Entwicklung oder auch die Beschleunigung eines (latent bereits vorhandenen) hirnorganischen Abbauprozesses[85]. Dieser konfliktorientierte Ansatz zur Erklärung psychischer Erkrankung legitimiert den Begriff der reaktiven Depression. Gelegentlich kann diese auf Belastungsfaktoren zurückzuführende reaktive Depression durch Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten kompliziert werden.

Dennoch wird auch von neueren Psychiatern der Stellenwert der "endogenen" Depression nicht angezweifelt; nur werden als Auslöser ebenfalls Umweltfaktoren angenommen, z.B. die Änderung der Wohnsituation. Die Unmöglichkeit zu

---

83 s.Boche/Kanowski, Soziale Implikationen alterspsychiatrischer Erkrankungen, in: Caritas 1974, S.27

84 s. Dörner/Plog, a.a.O., S.312

85 s. Boche/Kanowski, ebenda

sozialer Aktivität im weitesten Sinn kann für das Auftreten der Altersdepression verantwortlich gemacht werden. Berner u.a. berichten von Untersuchungsbefunden, die die Bedeutung reaktiver Faktoren, z.B. Heimeinweisung, als Auslöser einer depressiven Symptomatik belegen[86].

Ciompi geht bei der Frage nach den auslösenden Momenten der Depression von der gesamten beruflichen, sozialen und existenziellen Lebenssituation aus. Besonders im Alter stoße man dabei auf "Motivbündel". Da beim Älteren Veränderungen und Schwierigkeiten kumulieren können und zudem häufig Möglichkeiten der Kompensation fehlen, kann von den nötigen Motiven zur Erkrankung ausgegangen werden.

In Untersuchungen stellte Ciompi eine häufigere Neigung zur Depression nach Objektverlust fest[87]. Da die Verlustsituationen im Alter sich häufen, erklärt dies ebenso das häufigere Auftreten von Depression[88].

Über das Auftreten einer Depression entscheidet somit die frühere Anfälligkeit für psychische Störung (Praemorbidität), Persönlichkeitsfaktoren, sowie die Verlustsituation: "Auf diese Weise wäre das depressive Geschehen, selbst wenn es als 'endogen' erscheint, durchaus in die Kontinuität einer ganzen Lebensentwicklung einzuordnen"[89].

Glatzel kritisiert die einseitige Festschreibung eines eigenen Krankheitsbildes "Involutionsmelancholie" als einseitig am biologischen Altersabbau orientiert:

---

86 s. Berner, P./Naske, R./Zapotoczky, H.G., Zur Klinik depressiver Syndrome im Alter, in: Z.f.Gerontologie 6 (1973), S.424

87 s. Ciompi, a.a.O., S.407

88 Das erklärt ebenso den herausgefundenen geschlechtsspezifischen Unterschied: Frauen erkranken häufiger.

89 s. Ciompi, ebenda

> ".... daß die klinische Psychiatrie, ihrer distanziert-objektivierenden Betrachtungsweise klassischer Psychopathologie verpflichtet, stets von einem biologischen Altersbegriff ausging, wonach Alter ein individualpsychologisches Phänomen ist auf der Grundlage eben jener Merkmale, die das sogenannte organische Psychosyndrom ausmachen"[90].

Sicherlich legen die Symptome nahe, die Ausformungen des Krankheitsbildes in Rechnung des biologischen Abbaus zu stellen: die depressiven Psychosen dauern im höheren Lebensalter länger als bei Jüngeren, haben eine Neigung zur Chronofizierung und zur Ausbildung von Residualzuständen. Allein die herkömmliche Sichtweise reicht nicht aus, diese Besonderheiten zufriedenstellend zu erklären. Die bisherigen"Erfolge" in der Behandlung machen das Ungenügende einer rein individual-psychologischen Betrachtungsweise deutlich. Nach Glatzels Ansicht beruht das Besondere involutions-melancholischer Bilder auf einem entwicklungsabhängigen und zum Teil entwicklungsspezifischen Wandel der Beziehung des Älteren zur Umwelt, auf einem Wandel der Situation oder einer Veränderung der Beziehung zum anderen und des anderen zum Kranken. Die individualpsychologische Sichtweise ist, so kann gefolgert werden, zu ergänzen durch ein Verständnis der Altersdepression als interaktionales Phänomen.

Nehmen wir also die uns sinnvoll erscheinenden Erklärungsmuster zusammen, ergibt sich folgendes Bild: Auslöser für die Altersdepression sind unter anderem in Umweltfaktoren zu suchen, in Veränderungen der Lebenssituation, die wir - ganz weitläufig - als Einbußen an Aktionsspielraum und Beziehungsmöglichkeiten kennzeichnen könnten. Wir haben es dabei mit Motivbündeln zu tun, da alterstypisch eine Häufung von Objekt- und Personenverlust ist, zudem das Fehlen der für andere Altersgruppen

---

[90] Glatzel, J., Psychotische Depressionen des mittleren und höheren Erwachsenenalters, in: ZfGeront, 6 (1973), S.434

vorhandenen Kompensationsmöglichkeiten. Hinzu kommt eine Änderung der Beziehungen zu anderen, sei es aufgrund einer Veränderung des Älteren oder einer veränderten Sichtweise von anderen.

2.3.1.1. Trauer und Verlust

Daß sich das Verhalten der anderen gegenüber demjenigen, der gerade einen Verlust erlitten hat, ändert, bestätigt Parkes, der ausführt, daß bei Verlusterleben außer Gram immer zwei weitere Komponenten eine Rolle spielten: Deprivation, d.h. mit der Abwesenheit der wichtigen Person oder Sache wichtige Eigenschaften, die sie für den Leidtragenden hatte: z.B. Zuwendung, Sicherheit oder materielle Absicherung; und Stigma, die Veränderung im Verhalten dem Trauernden gegenüber[91]. Man denke an die früher und heute noch in ländlichen Gebieten übliche Trauerkleidung als äußeres Zeichen der Trauer, die zusätzlich die Funktion hatte, nötigen Respekt und Distanz zu schaffen.

Auch im Rahmen der "normalen" Trauerreaktion ist in den meisten Fällen eine depressive Phase zu beobachten. Parkes schildert Trauerverhalten als Prozeß, der eine Folge klinischer Bilder umfaßt: Betäubung - Sichabhärten - Depression - und dann Genesung[92].

Im Rahmen der nicht-pathogenen Verlustreaktionen sind folgende Merkmale wesentlich bzw.es sind folgende Verhaltensweisen beobachtbar:

1. Der Realisierungsprozeß, d.h. die Art und Weise, wie eine Person - nach Leugnung oder Vermeidung - dazu übergeht, den Verlust zu akzeptieren;
2. Eine Alarmreaktion (Angstgefühl, Ruhelosigkeit, körperliche Begleiterscheinungen von Furcht);
3. Ein Drang, nach der verlorenen Person zu suchen und sie in irgendeiner Form wiederzufinden;

---

91 s. Parkes, C., Vereinsamung, Reinbek bei Hamburg 1974 S.22

92 s. Parkes, a.a.O., S.21

4. Zorn und Schuldgefühle; u.U. Ausbrüche gegen diejenigen, die zu vorzeitigem Annehmen des Verlustes drängen;
5. Gefühle des Verlusts des inneren Selbst oder Gefühle der Verstümmelung;
6. Identifikationsphänomene - d.h. die Übernahme von Wesensmerkmalen, Besonderheiten oder Symptomen der toten Person, gelegentlich verbunden mit dem Empfinden ihrer Anwesenheit in einem selbst[93].

Ob eine depressive Phase zur Depression als pathogenem Zustand wird, entscheidet unter anderem die Länge des Anhaltens der Reaktion (Chronifizierung). Parkes beobachtete Reaktionen auf Verluste, die über ein Jahr und länger dauerten und als immer noch intensive Trauer um den Verstorbenen einzuschätzen waren. Dagegen konnten Reaktionen über 7 bis 8 Jahre hinweg beobachtet werden, bei denen der Betroffene aus der Apathie nicht mehr herausfand. Zur Depression Neigende zeigen nach Verlust folgende Tendenzen:

1. den Gram auszudehnen;
2. die Reaktion auf Verlust hinauszuzögern, u.U. erst Jahre später emotionale Reaktionen zu zeigen;
3. den Verlust total zu verdrängen,
4. oder deformierte Reaktionen zu zeigen[94].

Da also Depression ein Symptom ist, mit dem nach Verlust zu rechnen ist, ist eher das Nicht-Auftreten dieser Form von Trauer Hinweis auf einen eventuell pathogenen Verlauf.

Bei verschiedenen Befragungen von in klinischer Behandlung befindlichen Erwachsenen - wobei man in letzter Zeit "Verwaiste" mit "Nicht-Verwaisten" verglich - ergab sich bei denjenigen, die im letzten Jahr einen wichtigen Verlust erlitten hatten, ein erheblich höherer Prozentsatz mit der Diagnose "reaktive oder neurotische Depression". In einer ambulanten Studie hatten sich von mit

---

93 ebenda, S.203

94 ebenda, S.124

Verlust getroffenen 12,8% wegen "Depression" in ärztliche Behandlung begeben (im Jahr vor dem Interview), gegenüber nur 1% einer Vergleichsgruppe[95].

2.3.1.2. Symptome der Altersdepression

Gegenüber Jüngeren stehen bei alten depressiv Erkrankten Angst- und Hoffnungslosigkeitsgefühle stärker im Vordergrund. Weitere Symptome sind Selbstabwertung und Depersonalisation. Die für jedes Alter beschreibbaren Symptome reichen auf der einen Seite vom totalen Rückzug, Apathie, Desinteresse(Disengagement!) bis zum Agitiertsein, Feindseligkeit und Zwangshandlungen (bei den eher aktiven, agitierten Spielarten).

Es zeigen sich bei dieser Erkrankung einige alterstypische Besonderheiten:

1. Viele depressive Erkrankungen im Alter haben eine mildere Verlaufsform; Ciompi berichtet von einer Verflachung der Symptome[96];
2. Depressive Ideen oder Selbstanklagen treten häufig in den Hintergrund zugunsten einer Reihe körperlicher Beschwerden (Somatisierung); derartige "larvierte" Formen der Depression scheinen bei Alten häufiger aufzutreten als bei Jüngeren[97]. Da bei Älteren die körperliche Symptomatik aufgrund des zu erwartenden Altersabbaus wahrscheinlicher ist, wird ein Teil der psychischen Erkrankungen nicht erkannt;
3. häufiger als bei Jüngeren entwickeln sich Residualzustände nicht klar depressiver Art: z.B. Wahnvorstellungen oder zwanghafte Züge;
4. gegenüber Jüngeren stehen beim alten Menschen häufig starke Angstgefühle mit der Depression in Verbindung. Glatzel berichtet von quälendem Angsterleben, verbunden mit starker motorischer Unruhe bis hin zu schweren Erregungszuständen[98];
5. zentrale Position nimmt der Wahn ein. Eng damit verbunden sind Sinnestäuschungen jeder Art, sei es im Bereich des Hörens, Sehens oder Fühlens;

---

95 s. Parkes, a.a.O., S.222 bzw. 226; obwohl dies altersunabhängige Studien waren, ist der Schluß auf Ältere durch die Häufung der Verlustsituationen gerechtfertigt.

96 Ciompi, a.a.O., S.406

97 s. Hautzinger, a.a.O., S.164

98 s. Glatzel, a.a.O., S.433

6. zwischen Depression und Vergeßlichkeit liegt nach Untersuchungen eine Verbindung vor: depressive alte Leute sind sowohl in Bezug auf Alt- wie auf Neugedächtnis vergeßlicher[99]. Grond berichtet, daß das Denken des depressiven Älteren zumindest verlangsamt, mühsam und einfallsarm sei[100].

2.3.2. Suizidgefährdung des Älteren

Die im Alter ansteigenden Zahlen über vollendeten Suizid sind als konsequente Fortsetzung der erhöhten Neigung zur Depressivität zu betrachten[101]. 1973 begingen in der Bundesrepublik 12 883 Menschen Suizid, davon waren 25% über 65 Jahre alt. Mit zunehmendem Alter steigt die Rate weiter an: bei den über 80jährigen ist die Quote der tödlich verlaufenden Selbstmorde fast 15mal so hoch wie bei den unter 20jährigen und doppelt so hoch, verglichen mit der Altersgruppe der 20-30jährigen[102]. Dabei ist die Tötungsabsicht des Älteren in den meisten Fällen von vornherein ernsthafter als bei Jüngeren[103].

Die Signalfunktion, die der Suizidversuch bei vielen Jüngeren hat, werden viele Ältere gar nicht mehr beabsichtigen; daß sie tatsächlich zur Selbsttötung ent-

---

99 s. Berner u.a., a.a.O., S.425

100 s. Grond, a.a.O., S.107

101 Redlich/Freedman betonen beim auch nur leicht depressiven Älteren die Neigung zu Selbstmordversuchen oder selbstzerstörerischem Verhalten, das einem Selbstmord gleichzusetzen sei; s. Redlich/Freedman, a.a.O., S.984

102 Tews weist auf die hohe Dunkelziffer der Selbstmordversuche hin; er stellt fest, daß die offizielle Kategorie der "Todesursache" das Ergebnis eines komplexen Vorgangs ist, bei dem die unterschiedlichen Interpretationen und Interessen der Beteiligten - Angehörige, Nachbarn, Polizei, der behandelnde Arzt, evtl. sogar politische Erwägungen - eine Rolle spielen; s. Tews, a.a.O., S.374 und 376

103 Das Verhältnis Selbstmordversuch: Selbstmord ist beim unter 25jährigen 20:1, beim über 65jährigen 1:2! s. Hautzinger, M., Selbstmordhandlungen im Alter, in: Hautzinger/Hoffmann (Hrsg.), a.a.O., S.228

schlossen sind, belegen die drastischen Mittel, zu denen gegriffen wird[104]. Der "todsicher" geplante Suizid belegt indirekt leider auch, daß der Ältere nicht mehr erwartet, rechtzeitig aufgefunden zu werden - ein weiterer Hinweis auf die als isoliert erlebte Lebenssituation.

Etwa 90% der über 65jährigen, die Siuzid begingen, waren psychisch erkrankt, überwiegend an depressiven Syndromen[105]. Dennoch genügt die Diagnose der depressiven Erkrankung nicht als Maßstab für eine zu erwartende Suizidhandlung, da andererseits nur 0,5% der Älteren mit einer ärztlich festgestellten depressiven Erkrankung Suizid begingen. Die depressive Erkrankung fällt offenbar häufig nicht auf, da sie entweder nicht so schwerwiegend in den Manifestationen ist oder der Ältere die Störung nicht zeigt. Gerade das Stadium der beginnenden oder leichten Depression scheint aber besonders gefährdet zu sein, ebenso wie das Ausklingen der Erkrankung[106].

3/4 aller Selbstmorde, auch beim alten Menschen, werden angekündigt (wenn auch indirekt, z.B. durch Verschenken von Besitz oder Ordnen der Hinterlassenschaften). Der Entschluß zur Handlung entwickelt sich in drei Stadien: 1. Erwägung; 2. Ambivalenz - in dieser Phase wendet sich der Gefährdete häufig an seine Umgebung und wäre u.U. auch für Hilfe empfänglich; 3. Entschluß - der Suizid wird ohne weitere Ankündigungen durchgeplant[107].

Hinweise auf die Suizidgefährdung können sein:

- Vorkommen von Suizid-handlungen in der Familie oder in der näheren Umgebung (z.B. in Altenwohnzentren oder Altenheimen, wo die Distanz zum Geschehen gering ist);

---

104 s. Schenda, R., Das Elend der alten Leute, Düsseldorf 1972, S.60

105 s. Boche/Kanowski, a.a.O., S.31

106 s. Grond, E., a.a.O., S.117

107 ebenda, S.120

- frühere Versuche/Suizidandrohungen;
- Äußerung konkreter Vorstellungen über die Art der Durchführung;
- das Abklingen einer Depression; häufig ist der depressive Ältere erst beim Abklingen der Symptomatik in der Lage, genügend Antriebskraft aufzubringen, um die Tat zu inszenieren. Die Gefahr besteht auch bei medikamentöser Behandlung, wo sich der Antrieb bereits bessert, bevor die Stimmung aufgehellt ist[108];
- biologische und soziale Krisen wie z.B. Klimakterium;
- langandauernde schwere Erkrankungen.

Als Auslöser der Suizidhandlung kommen beim Älteren hinzu:

- eine kurz zuvor erzwungene Isolation und Aufgeben der gewohnten Kontakte (z.B. Klinikeinweisung oder Heimeinweisung, auch Krankenhausaufenthalt mit der Ungewißheit bzw. der Angst, ob die eigene Wohnung wieder erreicht werden kann);
- eine schwere Erkrankung, über deren Ausmaß der Ältere erst kurz Bescheid weiß (bei Älteren häufig die Angst vor Erkrankung, z.B. Angst vor Krebs; oder die Einbildung, an einer solchen Krankheit zu leiden);
- ein Wechsel der behandelnden Instanzen oder Personen, z.B. bei Entlassung aus dem Psychiatrischen Krankenhaus oder auch dem medizinischen Krankenhaus, wodurch sich der Ältere wieder in der isolierten Situation unter Verlust der gewonnenen Bezugspersonen wiederfindet.

"Ein Geflecht aus den verschiedensten Ursachen"[109] ist als Grundlage für den meist erfolgreichen Suizid anzunehmen - seien dies Krankheit, Isolation, erzwungenes Disengagement, Sinn- und Bedeutungsverlust des Älteren (SM ist häufiger bei geschiedenen, verwitweten und kinderlosen Personen, unabhängig vom Alter[110]). Doch ist selbstverständlich der Hinweis angebracht, daß es sehr

---

108 s. Boche/Kanowski, a.a.O., S.31

109 Wiendieck, Gerd, Soziale Determinanten des Alters-Suizids, in: Störmer, A. (Hg.), Geroprophylaxe, Rehabilation und Sozialstatus im Alter, Darmstadt 1970, S.125

110 s. Dörner/Plog, a.a.O., S.166

viele alte Menschen gibt, die solche (negativen) Veränderungen erleben, ohne Suizid zu begehen. Es müssen weitere, typische subjektive Verarbeitungsmöglichkeiten hinzukommen. Hautzinger berichtet von negativer Selbstbewertung beim Älteren, negativer Zukunftserwartung und einer Zuschreibung von Ursachen und Schuld für problematische Situationen bei sich selbst; hinzu kommt die negative (Über-)Bewertung der augenblicklichen Schwierigkeiten und das Erleben von Unfähigkeit, damit zurechtzukommen:

> "Erst durch die Wechselwirkung von aktuellen situativen und persönlichen Schwierigkeiten und deren resignativer, kognitiver Verarbeitung (wird) die Suizidhandlung begünstigt"[111].

Zum Verständnis der erhöhten Selbstmordrate bei Älteren kann immer noch die Durkheim'sche These über den Selbstmord herangezogen werden: wenn ein Einzelner zu wenig oder zu viel Distanz hat zu gesellschaftlichen Werten und Normen, kann es zur Selbstmordhandlung kommen[112]. Da der Ältere aus der "Pflicht" zum Teil entlassen wird, der er sich Zeit seines Erwachsenenlebens verantwortlich gefühlt hatte (im Sinne der angeführten gezwungenen "Desozialisation"), kann es je nach Lebensumständen zu einer großen Entfernung vom öffentlichen Leben und Meinungen kommen. Kommt dann eine nur schwache oder abhanden gekommene religiöse Bindung hinzu, fühlt sich der vereinsamte Ältere durch nichts und niemanden mehr gebunden (und gehalten).

---

111 s. Hautzinger, M., Selbstmordhandlungen im Alter, in: Hautzinger/Hoffmann (Hrsg.), a.a.O., S.231

112 s. Durkheim, Emile, Der Selbstmord, Neuwied und Berlin 1973, S.247

2.3.3. Entwicklung von Wahnvorstellungen im Alter

Die Entwicklung von paranoiden Vorstellungen ist eine der am weitesten bekannten und verbreiteten psychischen alternstypischen Veränderungen. Grond spricht von 10% aller in ein Heim kommenden, die an "Alterswahn" erkrankt seien[113]. Gegenüber vielen depressiven alten Menschen werden die Älteren mit Wahnvorstellungen früher oder später auffällig, da sie über ihre Erlebnisse sprechen wollen, in Konflikte mit Nachbarn geraten, die Polizei rufen, Prozesse führen usw. Die möglichen Gebiete, auf die sich der Wahn setzen kann, geben ihm den Namen: Verfolgungswahn, Bestehlungswahn, Schuld-, Krankheits-, Eifersuchts-, Größen-, Vergiftungs-, Ungezieferwahn.

Am auffälligsten ist das Auftreten paranoider Ideen in der Folge von Einbußen der Leistungsfähigkeit der Sinnesorgane, außerdem im Bereich der Merkfähigkeit - psychiatrisch einzuschätzen als beginnendes hirnorganisches Psychosyndrom mit Beeinträchtigung der Merkfähigkeit[114]. Bei einer Göttinger Studie ergab sich allerdings, daß bei über 50% der 70-74jährigen ein leichtes organisches Psychosyndrom gegeben war[115]; dieses allein ist nicht Voraussetzung für die Entstehung des Wahns: es kommen individuell-lebenssituationsspezifische Faktoren hinzu.

1. Da der Ältere Alternsveränderungen nicht wahrhaben möchte, wehrt er sie ab, indem er auf andere projiziert. Bei nachlassender Merkfähigkeit z.B. verlegt der Ältere häufig irgendwelche Gegenstände. Dies wird umgedeutet in die Anklage, daß die Nachbarin

---

113 s. Grond, E., a.a.O., S.124

114 s. Boche/Kanowski, a.a.O., S.34

115 s. Tews, a.a.O., S.264

z.B. den Hüfthalter gestohlen hat, denn gestern hatte sie welche draußen auf der Leine, die genauso aussähen wie derjenige, der verschwunden sei. Wird der Hüfthalter wieder angefunden, macht das gar nichts: die Nachbarin hat eben ein schlechtes Gewissen bekommen und ihn wieder zurückgebracht (ein Detail aus einem Beratungsfall, s.Frau E).

2. Obwohl die Wahnideen auch bei Älteren vorkommen, die in einer Familie leben, treten sie doch häufiger bei isoliert lebenden alten Menschen auf[116]. Der entstehende Wahn in der vereinsamten oder einsam erlebten Lebenssituation stellt dann eine Art von Beziehungsaufnahme zu irgendjemandem in der Nähe dar: der Nachbar, der ihn auf der Treppe immer nur so kurz grüßt, will also doch etwas von ihm, denn er kommt ja in die Wohnung oder signalisiert mit Klopfgeräuschen durchs Badezimmerrohr. Auch eine feindselige, verfolgende Beziehung (wie der alte Mensch diesen Nachbarn dann erlebt) ist doch immer noch eine Beziehung. - Typisch ist, daß der Ältere meistens jemanden beschuldigt, zu dem einmal eine Beziehung bestand, die von seinen Ansprüchen her nicht genügend intensiv war, wo ihm der andere zwar Zuneigung geschenkt hat, aber der alte Mensch noch mehr gewollt hätte. Vom Gegenstand oder der Art der Verfolgung her beziehen sich die Vorstellungen meistens auf das Alltägliche, auf das Detail in Reichweite; dadurch unterscheidet sich der "Alterswahn" von schizophrenen Wahnbildungen.
3. Bei älteren Frauen kann häufiger beobachtet werden, daß die Wahnvorstellungen mit sexuellen Inhalten

---

116 s. Janzarik, W., Über das Kontaktmangelparanoid, in: Der Nervenarzt 44 (1973), S.516

verknüpft sind. Das kann, psychodynamisch betrachtet, als Andrängen von Impulsen interpretiert werden, die nur projiziert wahrgenommen werden dürfen[117]. Sicherlich ist es in einigen Fällen als Problematik lebenslanger Benachteiligung, nicht gelebter Triebwünsche zu sehen[118].

Der Wahn ist durch verschiedene Determinanten bedingt.

Es tragen bei:

a) die körperliche Verfassung des Älteren;

b) soziale Faktoren (z.B. das Erleben des Älteren, ausgestoßen zu sein; auf jeden Fall eine veränderte Beziehungsstruktur zu anderen);

c) persönlichkeits- bzw. biographische Faktoren; letztendlich hängt es von individuellen Coping- und Bewältigungsstrategien ab - die nicht erst im Alter erworben werden - wie die Veränderungen verarbeitet werden können und ob es zur Wahnbildung kommt[119];

d) Ängste um die eigene personale, soziale und sexuelle Identität stehen damit im Hintergrund dessen, wie der Ältere "Welt" erlebt; durch Veränderungen und Verluste wird sie bedrohlich und feindlich erlebt:

> "Die offene Welt des Gesunden, deren Möglichkeiten sich dieser wählend zu bedienen vermag, von der er sich distanzieren und mit der er sich identifizieren kann, ist dem Paranoiden zur Signale aussendenden und dadurch fixierte Verhaltensmuster provozierenden Umwelt geworden"[120].

Das Verlusterlebnis selbst kann beim Älteren mit beginnendem organischem Psychosyndrom Auslöser werden für die

---

117 s. Radebold in Reimann/Reimann (Hg.), a.a.O., S.150

118 Allerdings können auch tatsächlich stattgefundene "Schlüsselereignisse" Auslöser des Wahns sein oder Jahre später zur Begründung des Wahns herangezogen werden.

119 s. Tews, a.a.O., S.264; Kretschmer spricht bereits bei der Studie des sog. "sensitiven Beziehungswahns" über die Trias von Charakter, Erleben und Milieu - s. Schulte/Tölle, Psychiatrie, Berlin, Heidelberg, N.Y. 1977⁴, S.143

120 Heinrich, K., Hypothesen zum körperlich begründbaren Wahnsyndrom, in: Schulte/Tölle, Wahn, Stuttgart 1972, S.66

Wahnproduktion. Die Verarbeitung des Verlustes mit Trauer rückte ja auch außer dem bedrohlich wahrgenommenen Ableben des Partners die eigenen Alternserscheinungen ins Blickfeld. Auf diese Weise wird die eigene Altersproblematik abgewehrt und die erlebte Veränderung der Umwelt in den Wahn aufgenommen.

Die Umgebung gibt dem Älteren, der in seine Vorstellungswelt hineingleitet, bald Gelegenheit, an ihre Feindseligkeit zu glauben: durch den großen Bekanntheitsgrad des Krankheitsbildes weiß man schnell Bescheid, daß der Ältere "spinnt" und weist ihn ab, obwohl gerade beim Alterswahn sämtliche anderen Lebensbereiche voll funktionsfähig bleiben. Der Ältere nährt an der veränderten Haltung der Umgebung seine paranoiden Vorstellungen.

3. Implikationen eines Beratungskonzeptes für Ältere

3.1. „Psychosoziale Beratung" als integrativer Ansatz sozialpädagogischer und psychologischer Praxis

Ein Konzept, das den Bedingungen und Behinderungen der Älteren Rechnung trägt, soll vorgestellt werden: das Konzept psychosozialer Beratung.

Entgegen der bislang üblichen Trennung der Disziplinen im psychosozialen Bereich - in pädagogische casework, "bodenständige" Sozialarbeit, Gemeinwesenarbeit sowie psychologisch-therapeutische Interventionen im engeren Sinne - bahnt es sich in der sozialpädagogischen Praxis an, der Komplexität der Lebenswelt und der Verankerung der Schwierigkeiten im Alltag der Betroffenen in der Vielfalt und Flexibilität der Interventionsformen zu entsprechen[121]. Neue Begrifflichkeiten entstehen, die der Verflechtung sozialer, psychischer und ökonomischer Schwierigkeiten des Klienten Rechnung zu tragen suchen; Seibert z.B. diskutiert das Konzept der "Sozialtherapie", die in ihren Wirkungskreis die Veränderung der äußeren Problemstruktur des zu Beratenden einbezieht[122].

In ähnlicher Weise geht "psychosoziale Beratung" davon aus, daß die Schwierigkeiten des Klienten - wo immer sie ihren Ursprung und Ursachenherd haben mögen - ihn als "Person" insgesamt beeinträchtigen; d.h. daß psychische Probleme sich im sozialen Bereich auswirken wie umgekehrt soziale, ökonomische Probleme Rückwirkung haben müssen auf seelische Befindlichkeit und Selbstwahrnehmung der Betroffenen. Dieser Ganzheit

---

121 s. Thiersch, Hans/ Ruprecht, Horst/ Hermann, Ulrich, Die Entwicklung der Erziehungswissenschaft, München 1978, S.99

122 s. Seibert, Ulrich, Soziale Arbeit als Beratung, Weinheim und Basel 1978, S.190. Seibert benutzt ebenso die Bezeichnung "klientenorientierte Beratung"; s. ebenda

des Einzelnen in seiner Reaktion auf Veränderungen und Krisen muß Rechnung getragen werden, indem sowohl im psychischen wie im sozialen Bereich Veränderung initiiert wird. Praktische Konsequenz muß sein, eine Brücke zu schlagen zwischen sozialarbeiterischen Maßnahmen in der den Betroffenen vertrauten Umgebung und einer Hilfestellung, die mit dem Klienten gesprächsweise erfolgt. Zwar baut sich auch bei dieser Form von Beratung Distanz zum Betroffenen auf; auch hier ist der Berater Experte, aber, so könnte man ihn nennen, "lebensnaher Experte". Der Berater läuft weniger Gefahr, über dem oft vordergründig massiven psychischen Problem des Klienten nicht abzuklären, inwieweit die Problematik nicht im biographischen oder aktuellen Lebenszusammenhang verwurzelt ist. Da für Ältere beschrieben werden kann, daß eine starke Abhängigkeit psychischen Wohlbefindens von äußeren Bedingungen gegeben ist und Veränderungen bzw. Störungen im "sozialen Atom" häufiger als bei Jüngeren zu schweren psychischen oder körperlichen Symptomen führen[123], bietet sich ein multimodales Vorgehen für diese Altersgruppe geradezu an.

Im Bereich der Altenarbeit wurde in den letzten Jahren der Begriff der Intervention (Gero-Intervention, Interventionsgerontologie) zum Kennzeichen einer Entwicklung, die das Insgesamt der notwendigen Maßnahmen der Altenarbeit und -politik auszuloten versucht: Intervention dabei verstanden als "Maßnahmen zur Herbeiführung eines größeren psychophysischen Wohlbefindens des alternden Menschen"[124]. Es wird damit in ähnlicher Weise ein integratives Konzept vorgestellt, in dem betont wird, daß medi-

---

[123] s. Petzold, H., Psychodrama, therapeutisches Theater und Gestalt als Verfahren der Interventionsgerontologie und Alterspsychotherapie, in Petzold/ Bubolz 1979 a.a.O., S.167; Hautzinger z.B. beschreibt das Auftreten depressiver Symptome infolge von Heimunterbringung bei alten Menschen, s. Hautzinger, M., Depressive Reaktionen im höheren Lebensalter, in: Hautzinger/ Hoffmann (Hg.), Depression und Umwelt, Salzburg 1979, S.165

[124] Lehr, U. (Hg.), Interventionsgerontologie, Darmstadt '79, S.2f

zinische, psychologische, soziale und ökologische Interventionen zusammengehen müßten, um beim Älteren die

- Optimierung der Entwicklung im weiteren Lebenslauf
- Prävention krankhafter Störungen
- Korrektur bereits eingetretener Schäden

und - Rehabilitation

zu erreichen[125]. U. Lehr hat das Baltes'sche Modell in sinnvoller Weise weiterentwickelt und stellt folgende Systematik der notwendigen Maßnahmen auf:

- Optimierung durch Schaffung günstiger Entwicklungsbedingungen (sehr weit zu verstehen);
- Geroprophylaxe, Prävention: Vorbeugung eines Altersabbaus;
- Rehabilitation, Therapie, Restauration, Korrektur: Rückgängigmachen von Störungen, Wiedergewinnung von Kompetenz, Reaktivierung von Fähigkeiten;
- Management der irreversiblen Problemsituationen, Sicherung des Erreichten: Auseinandersetzung mit der Problemsituation, Veränderung der inneren Einstellung, kognitive Umstrukturierung; aber auch: prothetische Maßnahmen zur Verhinderung weiterer Verschlechterungen.

Dieser Maßnahmen-Katalog schließt zusätzlich zum Baltes' schen die Korrektur des negativen Altersbildes mit ein. Lehr betont, daß ja erst die Erkenntnis der Flexibilität der Alternsprozesse (ein Verdienst der gerontologischen Forschung der let zten zwanzig Jahre) Intervention überhaupt sinnvoll mache, also ein Moment der Hoffnung dieses weitausgreifende Vorhaben rechtfertige. Wie sie jedoch fast mit Bedauern feststellt, sei von einem "Kult des Interventionismus" in der Bundesrepublik noch lange nicht zu sprechen[126]. Im Gegenteil, es muß immer noch davon ausgegangen werden, daß im klinischen Bereich Ältere

---

125 s. Baltes,P.B./ Danish, S.J., Gerontologische Intervention auf der Grundlage einer Entwicklungspsychologie des Lebenslaufs, Prob leme und Konzepte, in: Zs.f. Entwicklungspsychologie und Päd.Psychologie Heft 2, 11 (1979), S.122. Baltes übt Kritik am Caplan'schen Modell der Präventionen und schlägt eine Rückkehr zu der früher verwendeten Terminologie vor: Prävention, Behandlung, Rehabilitation; er führt zusätzlich den Begriff der fördernden bzw. optimierenden Intervention ein.

126 s. Lehr, U., a.a.O., S.17

vernachlässigt werden; zwar finden wir Untersuchungen und Projekte zur Wiedereingliederung Älterer nach Klinikaufenthalt und v.a. zur besseren Gestaltung der Alten- und Pflegeheime, jedoch sind dies eben Untersuchungen im Vorfeld und noch lange nicht Selbstverständlichkeiten. Zudem richten sich Maßnahmen bislang vornehmlich auf den institutionellen Bereich, während Einrichtungen im offenen Bereich Initiativen und ehrenamtlicher Tätigkeit überlassen sind. Man könnte dies geradezu als Prinzip der Versorgung dieser Altersgruppe sehen, daß es entweder keine Versorgung oder Langzeithospitalisierungen gibt[127]. Gerade im offenen Bereich jedoch müßte im Sinne von "Optimierung" und "Geroprophylaxe" angesetzt werden.

Neben dem Modell der Interventionsgerontologie, das sich m.E. medizinisch-psychologisch orientiert, stehen Ansätze, die stärker gemeinwesenorientiert arbeiten, wie z.B. das Konzept der Krisenintervention von Caplan, auf dem verschiedene gemeindepsychiatrische und -psychologische Ansätze in der Bundesrepublik fußen[128]. Prävention im Caplan'schen Sinn nennt Strotzka den Versuch, "bestimmte definierte Schablonen innerhalb einer Gemeinschaft zu unterbrechen, um dadurch die Häufigkeit des Auftretens von Neurosen, psychosomatischen Krankheiten und bestimmten Formen von Persönlichkeitsstörungen unter deren Mitgliedern herabzusetzen"[129]. Primäre Prävention setzt dann eher an den zu optimierenden Lebensbedingungen an;

---

127 vergl.Reiter, L., Strotzka, H., Zur Psychotherapie und Beratung von Ehekrisen im Alter, in: Jäger, A., Pakesch, E. (Hg.), Wenn die Kinder erwachsen sind. Die Ehe in der nachfamilialen Phase, Innsbruck 1977, S.75

128 s. hierzu Pörksen, N., Kommunale Psychiatrie, Reinbek bei Hamburg 1974; Dörner, Köchert u.a., Gemeindepsychiatrie, Stuttgart 1979; Sommer / Ernst (Hg.) Gemeindepsychologie, München Wien Baltimore 1977

129 s. Strotzka, H., 1965 S.47ff. zitiert nach Balzer / Rolli, Sozialtherapie mit Eltern Behinderter, Weinheim und Basel 1975, S.132

sekundäre Prävention beinhaltet die direkte Arbeit mit dem Klienten und seinen Bezugspersonen und versucht, Diagnose und Behandlung zu effektivieren; tertiäre Prävention wäre im Sinne von Rehabilitation zu lesen, die soziale und berufliche Reintegration zum Ziel hat.

Caplan geht davon aus, daß der Lebenslauf jedes Einzelnen in bestimmten Zyklen abläuft; niemand ist gefeit dagegen, jedoch kann ein Stärken der Kompetenzen und eine Vorbereitung auf diese Krisen zu einer besseren Bewältigung führen - hier wäre wieder das Wichtigste eine weitgreifende Prävention. Caplan räumt jedoch ein, daß, wenn im Erwachsenenalter oder Alter diese psychischen und sozialen Fähigkeiten nicht vorhanden sind - wovon wir bei den meisten unserer Klienten ausgehen müssen -, diese Handlungsmöglichkeiten nicht mehr rechtzeitig genug erworben werden können und es zum Ausbruch einer Krise kommt. Schnelles, aktives Eingreifen wäre in einem solchen Fall angebracht. Auch dies ist bisher oft nicht möglich, da es den zuständigen Institutionen an der nötigen Wendigkeit fehlt[130].

Das Beratungsprogramm, das aus diesen Prizipien entwikkelt wurde, ist wiederum eines, das auf mehreren Ebenen greifen muß. Beratung soll erhalten:

- der Klient (= der beratene Fachmann)
- der Fachmann
- die Einrichtung, in der der Fachmann tätig ist[131].

Verfolgt man das Beratungskonzept weiter, so beschäftigt es sich in der praktischen Umsetzung stärker mit dem Berater und der Institution als demjenigen, für den die Institution da ist[132]. Ähnlich verhält es sich mit dem Präventionsansatz, der das Schwergewicht auf die primä-

---

130 s. Dörner u.a., a.a.O., S.56ff.

131 s. Pörksen, a.a.O., S.36ff.

132 ebenda, S.38

re Prävention legt, also auf die Schaffung "optimaler Lebensbedingungen", was eine sorgfältige Beratung aller Lebensalter hinsichtlich ihrer jeweils spezifischen Probleme einschließt[133] - im Sinne einer langfristigen psychosozialen Primärprävention.

Zwischen den kurz referierten Konzepten, die sich auf der einen Seite eher therapeutisch-institutionell orientieren (die Interventionsgerontologie), auf der anderen Seite langfristig-strukturelle Veränderungen anstreben (Caplans präventiver Ansatz) gilt es ein Vorgehen anzusiedeln, das die „in Hier und Jetzt" vorhandenen psychosozialen Probleme vorwiegend im ambulanten Bereich anzugehen versucht. Es gilt, der Altersgruppe ein Angebot zu machen, die aufgrund der noch nicht vorhandenen offenen Einrichtungen bzw. aufgrund der Lebensbedingungen während des Krieges und in der Nachkriegszeit nicht die Möglichkeit hatte, Präventivmaßnahmen in Anspruch zu nehmen (z.B. Kurse zur Vorbereitung auf den Ruhestand, flexible Altersgrenze); die außerdem institutionelle Unterbringung scheut - bisher leider nicht ganz zu Unrecht - oder sie nicht braucht,

3.2. Fünf Maximen

„Psychosoziale Beratung" verbindet Beratung mit gemeinwesenorientierten Interventionen. Betont wird damit neben der lebensweltlichen Eingebundenheit das therapiewirksame, klientenorientierte Gespräch. Die Maximen sollen kurz ausgeführt und im Hinblick auf den Lebenszusammenhang der älteren Klienten modifiziert werden.

1. Grundlegend ist das Prinzip der Alltagsnähe, der Nähe zur Lebenswelt der Betroffenen[134], es impliziert das

---

[133] s. Dörner u.a., a.a.O., S.67f

[134] s. Frommann, A./ Schramm, D./ Thiersch, H., Sozialpädagogische Beratung, in: Zs. f. Päd. 5/ 1976, S.727

aktive Angebot, das Aufsuchen der Betroffenen vor Ort. Die Schwierigkeiten des Klienten entstehen ja in vielen Fällen in dieser Alltäglichkeit, bei Älteren im bereits stark begrenzten sozialen Handlungsbereich. Durch die Kenntnis von Handlungsweisen, Routinen oder Konfliktstrategien des Betroffenen ist der Berater imstande, die für seinen Klienten adäquaten Lösungsmöglichkeiten einschätzen, Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Veränderung übersehen zu können. Anstatt der Schwellenängste beim Klienten - diese können durch das aktive Zugehen auch beim Älteren tatsächlich gesenkt werden: er kann zuhause auf den ihm noch fremden Berater warten - löst das "aktive Angebot" u.U. Schwellenängste beim Berater aus: muß er doch seinen geschützten Raum verlassen und sich immer wieder neu auf fremde Kontexte einlassen. - Auf die Maxime des aktiven Angebots weisen auch Dörner u.a. hin, wenn sie meinen:

> „Berater sollten nicht warten, bis Hilfesuchende an sie herantreten. Es kommen eher die 'angenehmeren Menschen'"[135].

Auch Ältere gehören ja u.a. aus dem Grund zu den sogenannten "Problemgruppen", weil sie Hilfsdienste nicht aufsuchen können oder wollen[136].

Da beim Älteren die Aktivität im öffentlichen Bereich geringer geworden ist, gewinnt der private Bereich um so mehr an Bedeutung. Konflikte konzentrieren sich auf wichtige Personen in den verbleibenden Handlungsfeldern, meist der direkten Wohnumgebung bzw. verwandten Personen, kurz auf sehr wenige Personen, an die hohe Erwartungen gerichtet werden. Es scheint außerdem für Ältere zunehmend wich-

---

[135] Dörner u.a., a.a.O., S.75

[136] in Anlehnung an Dörner u.a., ebenda

tiger zu sein, Überschaubarkeit und Stabilität in den Lebensumständen zu bewahren[137].

Ein weiterer Grund für den Einblick in die privaten Verhältnisse kann sein - wie aufgezeigt wurde -, daß Ältere aufgrund von Vereinsamung und fehlender Stimulation Beziehungen zu anderen verzerrt wahrnehmen (Extrembeispiel: paranoide Vorstellungen) und dadurch Schwierigkeiten mit anderen entstanden sind. Es wird da nicht Aufgabe des Beraters sein, dem Älteren eine "objektive" Sichtweise nahezubringen; es kann jedoch notwendig werden, da zu korrigieren oder einzugreifen, wo sich aus dieser veränderten Weltsicht heraus Verhaltensweisen ergeben, die den Älteren so "auffällig" für andere werden lassen, daß Gefahr einer psychiatrischen Einweisung besteht (Ältere legen z.B. manche normative Regel, die sie im mittleren Erwachsenenalter eingehalten haben, mit einer Entfernung aus dem öffentlichen Leben ab; z.B. Regeln, die die Kleidung in der Öffentlichkeit betreffen). U.U. muß der Berater aus strategischen Gründen den Älteren zu einem mittleren Maß von angepaßtem Verhalten bewegen - in Verbindung mit Gesprächen mit „kontrollierenden Personen", um eine Einstellungsänderung zu bewirken.

Wohl der wichtigste Grund zur Beratung in der Wohnung ist der Umstand, daß der Ältere aufgrund einer körperlichen Erkrankung oder sonstiger Einschränkungen eine Stelle nicht aufsuchen könnte (im Sinne der oben genannten "Problemgruppe"). Jedoch kann es positive Veränderung bedeuten, wenn er sich bereit erklärt, zur Stelle hinzukommen: es kann gelungene Aktivierung, Wiedererwecken von Neugier oder das Wagnis zum Ungewohnten anzeigen.

In der Arbeit mit älteren und alten Menschen kann der Anspruch einengende oder gegenüber anderen Erfahrungen isolierende Routinen aufbrechen zu wollen, wie ihn Thiersch formuliert:

---

[137] s.2.2.

> "Enge, Geschäftigkeit und Routine machen die Fragen nach Begründung, Sinn und Konsistenz von Alltäglichkeit unmöglich, verhindern also das beunruhigende Interesse an Alternativen, an Theorie, die solche Alternativen möglich machen könnte"[138],

in vielen Fällen nicht aufrechterhalten werden. Es mag im Gegenteil lebensnotwendig sein, vorhandene Routinen aufrechtzuerhalten und zu stärken, seien sie dem Jüngeren noch so zweifelhaft: der Ältere ist auf Routinen angewiesen, sie geben ihm Sicherheit, wo er sich sonst oft zu vielen Veränderungen ausgesetzt fühlt, und füllen und strukturieren seinen Tagesablauf; hier darf nicht mehr danach gefragt werden, ob diese Routinen "doppelbödig"[139] sind. Er ist stolz auf das, was er selbst noch bewerkstelligen kann, selbst wenn es sich "nur" um Einkaufen oder Sauberhalten der Wohnung handelt: Alltag bewerkstelligen wird zur Anforderung.

Auf der einen Seite besteht in der Beratungsstelle Interaktionsdominanz des Beraters, fehlt ihm der Einblick in die Lebensverhältnisse des Klienten. Auf der anderen Seite kann der zeitweilige oder längerfristig regelmässige Hausbesuch einiges unterbinden, was der ältere Klient an und für sich noch könnte. Z.B. kann die Vorleistung des Hausbesuchs ihm Aktivität nehmen; sie kann ihn zudem in einer Lebenshaltung bestärken, mit der er bisher recht gut gefahren ist: er als alter Mensch wird ja schließlich das Recht für sich beanspruchen dürfen, bequem zu sein - der Jüngere soll auf ihn zu-gehen. Dagegen wird in anderen Situationen die Altersrolle wiederum als störend erlebt; der Ältere bemüht dann vielleicht gerade wegen dieses Problems - der erlebten Ambivalenz gegenüber der Rolle als alter Mensch- einen Berater.

Als ungünstig an der alltagsorientierten Beratung kann sich erweisen, daß in der gewohnten Umgebung der Klient

---

[138] Thiersch, H., Alltagshandeln und Sozialpädagogik, in: Neue Praxis 1/1978, S.15

[139] s. Thiersch u.a. 1978, a.a.O., S.96

nicht die notwendige Flexibilität aufbringt, über seine Situation zu reflektieren. Die Distanz der Beratungsstelle als geschützter, explizit als solcher ausgewiesener Reflexionsraum kann in solchen Fällen von Vorteil sein. Zudem ist die Alltagswelt des Klienten ja nicht unbedingt der sichere Grund, auf dem er jederzeit (be)-stehen kann; sie kann durchsetzt sein von Anforderungen, Konkurrenzen, kaputter Kommunikation. Auch räumliche Distanz zu derartigen Strukturen trägt bei zur Entwicklung von Handlungsalternativen und bietet Erleichterung.

Die Vor- und Nachteile der in der Stelle oder zuhause beim Klienten abgehaltenen Beratung sind jeweils individuell zu bestimmen. Die besprochenen Punkte machen deutlich, daß der Berater kein starres setting anwenden wird - entweder zuhause oder in der Stelle - sondern Veränderungen in der Gesamtsituation des Älteren berücksichtigt. Jedoch wird die kontextnahe Beratung bei Älteren sehr viel öfter zur Anwendung kommen müssen als bei anderen Klientengruppen. Gerade bei Älteren, so betonen auch Dörner u.a.[140], sei Mobilität besonders wichtig: den ersten Schritt auf den Älteren zu tun, Vorleistung erbringen, sei oft wesentlich für die Anbahnung einer helfenden Beziehung.

2. Die Arbeit in Handlungsfeld und Interaktionsgefüge des Klienten bedingt methodische Offenheit beim Berater[141]. Ein breites Spektrum von Handlungsstrategien bzw. Hilfsmaßnahmen muß zur Verfügung stehen, wobei der Berater die nötige Wendigkeit besitzen muß, um einerseits Aktivität des Älteren so weit wie möglich zu fördern, andererseits dann einzugreifen, wenn die Kräfte des Betroffenen nicht ausreichen. Es müssen Anträge ausgefüllt werden, Verhandlungen mit Behörden geführt werden. Es kann notwendig sein, sich mit ande-

---

[140] s. Dörner u.a. 1979 a.a.O., S.18

[141] s. Thiersch, H., Alltagshandeln und Sozialpädagogik in: Neue Praxis 8 (1978), S.19

ren behandelnden Institutionen auseinanderzusetzen oder einen Umzug zu organisieren und durchzuführen, da diese Veränderung einen älteren Menschen stark verunsichern kann. Es kann um das Organisieren anderer Hilfsmaßnahmen gehen, z.B. von "Essen auf Rädern", oder die Motivierung einer Gemeindeschwester. Grundsatz muß dabei immer sein, schnelle, unbürokratische Lösungen anzustreben, da der Ältere sonst noch tiefer in eine Krise gerät: jede äußere Veränderung oder Deprivation kann einen Zusammenbruch auslösen.

In Krisensituationen muß u.U. mehrmals wöchentlich der Kontakt zum Klienten oder auch Bezugspersonen aufgenommen werden, um spontane Lösungsmöglichkeiten zu verhindern (Suizid). - Wie bereits ersichtlich, ist je nach Gesamtbefindlichkeit des Älteren ein großer Aufgabenbereich vorhanden. Es kommt auf die Geschicklichkeit des Beraters an, Aufgaben so weit wie möglich zu delegieren, an Kinder, Freunde, Nachbarn des Klienten, um nicht ungewollt in eine unbefristete subsidiäre Position zu geraten. Es muß immer wieder abgewogen werden, ob das Ausmaß an flankierenden Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit noch gerechtfertigt ist, bzw. wann der Zeitpunkt gekommen ist, wo die Unterbringung in einer Institution dem Älteren mehr Vorteile bringt.

3. Der Berater bemüht sich somit um Stabilisierung und Aktivierung der Betroffenen: um den Erhalt, den Aufbau oder die Wiederherstellung von Kompetenz, Handlungskompetenz. Kompetenz verstanden als

> "die Verfügbarkeit und angemessene Anwendung von motorischen, kognitiven und emotionalen Verhaltensweisen zur effektiven Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen, die für den Einzelnen und/ oder seine Umwelt relevant sind"[142].

---

[142] Sommer/ Ernst (Hg.), 1977 a.a.O., S.75

Die Stärkung von Kompetenzen könnte wegführen von einer einseitigen Beschäftigung mit der Störung des Klienten (Zentrierung und Zuschreibung der Problematik an den Einzelnen), hin zu einem aktiven Aufgreifen vorhandener Fähigkeiten bzw. verschütteter Ressourcen[143]. Das Aufgreifen des Vorhandenen ist beim Älteren ein sinnvoller Weg, da mit einer Aufhebung der Störung u.U. nicht mehr zu rechnen ist (auch im Sinne von Kompensation des Verlorenen). - Trotz eines solchen optimistischen Ansatzes muß der Berater in Bezug auf Aktivierung Älterer bereit sein, seine Ansprüche herunterzuschrauben; Aktivierung muß von dem Level ausgehen, auf dem der Ältere vorgefunden wird, und lotet die vorhandenen Behinderungen und Potentiale aus. Häufig wird dem Berater der Fortschritt zu klein sein, zu langsam vor sich gehen. Aktivierung im sozialen Bereich muß in allererster Linie anstreben, daß der Ältere tragende neue Kontakte aufbaut, so daß der Berater als "Weichensteller" wieder überflüssig wird. Daß der Berater ins Leben des Älteren tritt, kann bereits zur Folge haben, daß der Ältere keine Anstrengungen mehr unternimmt, sich nach anderen Bezugpersonen umzusehen. Diese Gefahr ist bei Hausbesuchen stärker vorhanden als bei Beratungen in der Stelle.

In bezug auf Stabilisierung und Aktivierung muß nach Alter bzw. Gesamtbefindlichkeit der Älteren differenziert werden: bei sehr alten oder behinderten Menschen wird der Schwerpunkt eher auf Stabilisierung noch vorhandener Aktivitäten und Kompetenzen liegen als auf der Hoffnung nach Realisierung großer Vorstöße in neue Aktivitätsbereiche. Bei jüngeren Jahrgängen bzw. vorhandener Rüstigkeit kann eher noch auf die Wiederaufnahme früherer Tätigkeiten oder die Eröffnung neuer

---

[143] s. Thiersch, Alltagshandeln und Sozialpädagogik, a.a.O., S.19

Tätigkeitsbereiche hingearbeitet werden. Betont werden soll, daß das kalendarische Alter dabei eine geringere Rolle spielt als der Gesundheitszustand, der Aktivierung und Lebenszufriedenheit maßgeblich zu bestimmen scheint[144]. - Mit der Bildung von Gruppen von "jüngeren Alten" wurde die Erfahrung gemacht, daß durch das Erleben Gleichaltriger, die "noch" dieses oder jenes tun, starke Impulse gesetzt werden können[145].

Grundsatz in der aktivierenden Arbeit mit Älteren ist, daß die Hinführung zur eigenen Aktivität anfangs weit mehr Aufwand erfordert, sich dann später aber um so mehr auszahlt. In der institutionellen Unterbringung von Alten hat das Argument des Mehraufwands leider zur Folge, daß nicht im möglichen Ausmaß aktivierende Pflege geleistet wird: dies bedeutete ja zunächst einmal höhere Personalkosten[146].

4. Über die Hinwendung zur Lebenswelt des Klienten hinaus geht die Orientierung am Gemeinwesen. Grundsätzlich gilt, nicht nur Verhaltensänderung am Betroffenen bewirken zu wollen, sondern ebenso an den auf ihn wirkenden Kräften im Umfeld, an Meinungen, Routinen und Strukturen, die ihn behindern. Nicht nur von Seite der Jüngeren, sondern durchaus auch von Gleichaltrigen wird über den im Verhalten abweichenden Älteren ein soziales Urteil gebildet, das ihn an der Teilhabe an sozialen Situationen hindert. Aufklärung bei solchen ablehnenden Personen kann sinnvoll sein; Kontakte müssen angebahnt,

---

144 s. Lehr, U., Psychologie des Alterns, Heidelberg 1974[2], S.278f.

145 s. Petzold, H., Psychodrama... in Petzold/Bubolz (Hg.), a.a.O., S.204f.

146 s. Lehr, U., (Hg.), Interventionsgerontologie, a.a.O., S.16, Ähnliche Erfahrungen schildert Foudraine für den Psychiatriebereich: Foudraine, Jan, Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie, München 1971, S.162ff.

räumliche Möglichkeiten für Gruppentreffen von Älteren gefunden werden. Ziel ist die Integration des Älteren in bestehende soziale Strukturen und die Linderung der Vorurteile auf beiden Seiten.

Wesentlich in der gemeinwesenorientierten Arbeit ist der Kontakt zu "Schlüsselpersonen"; jede Person, die eine Krise tangiert, kann Schlüsselperson für den Betroffenen werden. Die Funktion von Schlüsselpersonen kann sein:

- das Auffinden von Krisenfällen und das Weitervermitteln an Fachkräfte;
- das Beraten bzw. Mitberaten in der Krise[147].

Den Schwerpunkt der Schlüsselpersonen im Umgang mit Älteren würden wir eher im Auffinden von Krisenfällen und in der Weitervermittlung sehen, aufgrund der häufig nicht sichtbaren Notsituation des Alten; z.B. in Wohnzentren und anderen großen, unübersichtlichen und anonymen Wohnsiedlungen wäre dies geradezu unentbehrlich. - Bei nicht-professionellen Schlüsselpersonen ist als Begriff eher Betreuung als Beratung angebracht; diese kann für den isolierten Älteren sowie für den Helfer wichtig sein; weisen doch Balzer/Rolli darauf hin, daß die Arbeit am Hilfsbedürftigen wiederum rückwirkend therapeutische Funktion auf den Helfer haben kann[148]. Professionelle Schlüsselpersonen sind für den Berater wichtige Kontaktpersonen wie Gemeindeschwestern, Ärzte oder Pfarrer. Mit diesen Kontaktpersonen kann als Multiplikatoren gearbeitet werden. Da Ältere recht autoritätsgläubig sind, haben diese Personen häufig großen Einfluß. Sie sind außerdem in vielen Fällen die einzigen, die über die Notlage eines Älteren informiert sind.

---

147 s. Balzer, B./ Rolli, S., Sozialpädagogik und Krisenintervention, Neuwied u. Darmstadt 1981, S.210

148 ebenda

Die Aufgaben der Beratungsarbeit mit Bezugspersonen (Verwandte, Nachbarn, Bekannte) können charakterisiert werden als:

- Aufklärung über die Befindlichkeit des Älteren;
- Stärkung, Stabilisierung (noch) vorhandener Kontakte;
- Motivierung zur Kontaktaufnahme; Veränderung des Verhaltens dem Älteren gegenüber.

1. Aufklärung über Eigenarten oder über die Befindlichkeit des alten Menschen ist vor allem dann notwendig, wenn er unter Störungen leidet, die er selbst nicht als solche wahrnimmt, wohl aber seine Umgebung. Da in unserer Gesellschaft die Altersrolle durch "vage negative Vorschriften über Verhaltensweisen definiert ist, die 'nicht altersgemäß' sind, die sich 'nicht gehören' oder die 'würdelos' sind"[149], läuft der Ältere in vielerlei Hinsicht Gefahr, "auffällig" zu werden. Er scheint mit seinem Verhalten anderen Angst zu machen, da schnell "psychisch krank" und "eventuell gefährlich" in Verbindung gebracht werden. Besonders zu gedeihen scheinen Aussonderungstendenzen absurderweise dort, wo Ältere relativ eng beieinander wohnen und wo gegenseitige Beobachtung und Kontrolle möglich sind[150]. Mögliche Erklärung für derartige Kontrolltendenzen ist, daß ähnlich einer "Hackordnung" versucht wird, negativeAlterseigenschaften anderen zuzuschreiben. Durch negative Ettikettierung anderer ist die Sichtweise der eigenen Befindlichkeit als leistungsfähiger oder gesünder möglich.

---

149 Hohmeier, J./ Pohl, H.-J., (Hrsg.), Alter als Stigma, Frankfurt 1978, S.18

150 Erwähnt sei der Vorfall in einem Altenheim, in dem eine alte Dame anderen beim Essen die Zunge herausstreckte; die Heimbewohner setzten daraufhin die Heimleitung solange unter Druck, bis die alte Frau psychiatrisch untersucht wurde.

Je enger bzw. geschlossener der institutionelle Rahmen ist, desto schwieriger wird es für den Berater, im Umfeld des Klienten zu seinen Gunsten zu intervenieren. Im Altenheim gibt der Neuankömmling durch sein Kommen implizit die Erklärung ab, daß er der Hilfe - wenn nicht gar der Pflege - bedarf[151]. Mit dem Eingeständnis der Hilfsbedürftigkeit geht in der Regel eine Einbuße an autonomem Handeln und Selbstsicherheit einher, gefördert durch das Verhalten des Personals. Gerät ein Heimbewohner mit den (zum Teil ungeschriebenen) Regeln in Konflikt, kann die Intervention von Seiten des hinzugezogenen Beraters zur Konfrontation mit den normativen Orientierungen der Heimleitung werden. Leidtragender ist dabei letztendlich der Alte, der tagtäglich mit dem Personal auskommen muß und schlecht aus dem Feld gehen kann.

2. Bei den sowieso schon wenigen Bezugspersonen Älterer sind häufig Ermüdungserscheinungen zu beobachten: der Ältere macht Arbeit; er erwartet, wenn man einmal etwas für ihn getan hat, daß man es weiterhin tut; die Gesprächsinhalte sind oft nicht sehr variationsreich. Obwohl der Berater die Zurückhaltung verstehen kann, muß er dennoch an einer Stabilisierung der Kontakte interessiert sein; jeder andere Kontakt entlastet ihn selbst und verringert die Einsamkeit des Älteren, jeder verlorene Kontakt vergrößert die Erwartungen des Klienten an ihn. Da einige der ursprünglichen Beratungsfälle erfahrungsgemäß im Lauf der Zeit zu Betreuungsfällen werden, wird generell so stark wie möglich versucht, auf zuständige Personen für den Klienten zurückzugreifen - häufig ohne Erfolg. Wichtig ist die Aufnahme des Kontaktes zu Bezugspersonen

---

[151] s. Strauch, B., Altenheim und Altenrolle, in: Hohmeyer/Pohl (Hg.), a.a.O., S.1o3

(Verwandten) dann, wenn der Berater die Verantwortung nicht mehr allein zu tragen bereit ist[152].

3. Selbstverständlich wird der Berater den Älteren selbst anregen, sich weitere Kontakte zu schaffen. Hier liegen aber oftmals so viele Behinderungen vor, daß der Berater sich zu aktiverem Handeln verpflichtet sieht. Kontaktsuche und -anbahnung wird vor allem bei denjenigen Älteren zum Problem, die paradoxe Formen der Beziehungsaufnahme herausgebildet haben. Zwar wünschen und suchen sie den Kontakt, stoßen andere jedoch bald durch Mißtrauen und Anklagen ab. Besonders ausgeprägt ist diese Art von Beziehung bei alten Leuten mit Wahnideen, meist Vergiftungs-, Bestehlungs- oder Verfolgungswahn[153]. Es erscheint verständlich, daß frühere Bekannte und Verwandte sich zurückziehen, da der Kontakt zum Älteren Ärger und Unsicherheit bringt[154].

Die Hilfestellung für den Älteren, befriedigende Kontakte wiederaufzubauen oder zu erhalten - gar neue Bekannte zu finden -, muß in ihrer Reichweite abgeschätzt werden. Ist der Ältere imstande und willens, einen Kontakt weiterzuführen? Oder leistet man Sisyphos-Arbeit, indem man sich für den Älteren bemüht, er jedoch nach kürzester Zeit Kontakte immer wieder abbricht, mag er verbal auch noch so stark äussern, wie sehr er die Bekannten braucht? - Es mag in manchen Fällen wichtig sein zu akzeptieren, daß der Ältere einsam ist und aufgrund langjähriger Beziehungsschwierigkeiten wenig Möglichkeiten hat, seine Situation zu verändern. - In einigen Fällen kann erfahrungsgemäß höchstens noch der Kontakt zu Verwandten

---

[152] s. Kap. 5.4., Frau F.

[153] s. Grond, E., Praxis der psychischen Altenpflege, München-Gräfelfing 1978, S.126

[154] s. 5.4.

angeregt werden, da auf ein Moment der verwandtschaftlichen Verpflichtung rekurriert werden kann.

5. Therapiewirksame Beratung muß da ansetzen, wo psychische Schwierigkeiten in so starkem Maße vorhanden sind, daß allein flankierende Maßnahmen im dargestellten Sinn nicht ausreichen. Beratung im engeren Sinn behält ihre Funktion als akute psychische Stabilisierung und als Befähigung zur Selbsthilfe[155].

Das Vorgehen im Beratungsgespräch orientiert sich an den Fähigkeiten der Klienten, Probleme sprachlich zu formulieren, was Älteren häufig schwer fällt. Darüber hinaus sind sie nicht gewohnt, eine beratende Institution aufzusuchen und sich Fremden mitzuteilen. Dies wirft vielfach zu Anfang der Beratung Verständigungsschwierigkeiten auf. Der Ältere wird aus diesen Gründen vom Berater genau darüber informiert, wie er sich den Ablauf einer Beratung vorzustellen hat. Je nach Einschätzung von seiten des Beraters wird er im Erstgespräch eine Stundenanzahl von Beratungstreffen vorschlagen, so daß die Beratungsdauer absehbar wird. Als günstig hat sich erwiesen, einen "Beratungsvertrag" zu vereinbaren, wodurch der Ältere hinsichtlich der Rahmenbedingungen Sicherheit gewinnt. - Eine wesentliche Frage ist die nach der Vergütung.. Da viele Ältere materiell nicht sehr gut gestellt sind, muß prinzipiell möglich sein, Beratung, auch über einen längeren Zeitraum, kostenlos zu erhalten. Es hat sich jedoch als günstig erwiesen, einen Betrag - nach Selbsteinschätzung seiner materiellen Lage durch den Klienten- für die einzelnen Stunden zu vereinbaren: bei Älteren muß mit der Einstellung gerechnet werden, daß "was nichts kostet, auch nichts wert ist". Zudem entlastet das

---

[155] vergl. Seibert, a.a.O., S.254

Bewußtsein, die Stunde zu bezahlen und dem Berater nichts schuldig zu bleiben, die Beziehung.

Grundlegend für den Erfolg einer Beratung sind die Motivation des älteren Klienten zur Mitarbeit, die Art der Beziehung, die sich zwischen Klient und Berater entwickeln kann, und die vorhandenen Ressourcen, das Kompensationspotential des Älteren[156].

1. Bereitschaft zur Veränderung der eigenen Situation und ein gewisser "Leidensdruck" sind förderlich für ein gutes Ergebnis der Beratung. Beim Älteren ist häufig zwar die Bereitschaft zur Mitarbeit vorhanden, jedoch fehlen Handlungsalternativen (aufgrund körperlicher Behinderung, eingeschränkter Kontaktmöglichkeiten etc.). Allein das Bewußtsein über fehlende Handlungsalternativen kann sich blockierend auswirken, überhaupt über neue Handlungsweisen nachdenken zu wollen. Da es in der Beratung neben kognitiven Umstrukturierungen immer um emotionale Lernprozesse geht, muß genauso wie beim Jüngeren - hier würde ich wenig Veränderung durch das fortgeschrittene Alter sehen, sondern eine stark persönlichkeitsspezifische Variable - die emotionale Verarbeitungsmöglichkeit vorsichtig erforscht werden. Dagegen wird von nicht wenigen Psychotherapeuten behauptet, daß bei Älteren nötige Flexibilität und emotionale Lernbereitschaft fehlten, weswegen ein Großteil der Therapeuten ältere Klienten immer noch ablehnt:

---

[156] Hier werden Rahmenbedingungen diskutiert; Beratungsgeschehen und Bedingungen erfolgreicher Beratung sind Untersuchungsgegenstand der Arbeit: s. Kp. 4 und 5

> „Mit der Verringerung der Intensität und der Spontanität der Umweltbeziehung geht die Verfestigung autoprotektiver Verhaltensbereitschaften parallel... die schon weit fortgeschrittene Differenzierung und zugleich Verfestigung des Charakters alter Menschen ist ein Grund für die weitverbreitete Skepsis hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten bei Menschen älterer Jahrgänge"[157].

Unterschied zur Psychotherapie ist im vorliegenden Konzept, daß psychosoziale Beratung nicht im tiefenpsychologischen Umfang Persönlichkeitsstörungen aufzuarbeiten sucht - auch dieses ist im Alter möglich, wie Berichte weniger Therapeuten belegen[158]. Psychosoziale Beratung greift vielmehr akute Schwierigkeiten und Störungen auf und bearbeitet so weit möglich und nötig auch die lebensgeschichtlichen Determinanten, die zur Störung geführt haben. Sie hat jedoch nicht den Anspruch, im analytisch-umfassenden Sinn persönlichkeitsstrukturelle Bedingungen in langjähriger Arbeit dem Klienten sichtbar und veränderbar zu machen. Wie weitreichend die im engsten Sinn therapeutische Arbeit sein kann, hängt weiterhin vom Störungsbild und der Beziehung ab, die sich zwischen Klient und Berater konstituiert (s.4.2.1.).

Starke Motivation von Seiten des Klienten ist auf jeden Fall Voraussetzung für den Erfolg der Beratung. Die fehlende Motivation muß sich in den Fällen erschwerend für die folgenden Interventionen auswirken, wo nicht der Ältere selbst an die Stelle herantritt, sondern andere, die auf die Schwierigkeiten des Älteren hinweisen. In einigen Fällen kann über Gespräche die

---

157 Petrilowitsch 1968, S.56, zitiert nach Malzahn, B., a.a.O., S.22

158 z.B. Ackerknecht, Lucy, Das Alter und die Behandlung alter Menschen aus der Sicht der Individualpsychologie A. Adlers, in: Bubolz/Petzold 1979, a.a.O., S.117ff; Safirstein, S.L., Psychotherapie for Geriatric Patients, in: New York State Journal of Medicine 72(1972), S.2743ff.

Bereitschaft zur Beratung hergestellt werden.In anderen Fällen wird der Berater das Fazit ziehen müssen, daß er nicht etwas für den Älteren tun kann, was dieser offenbar nicht einsieht oder wahrhaben will. Es wird Konstellationen geben, in denen eruiert werden muß, was die Beweggründe derjenigen waren, die für den Älteren um Beratung ersucht haben. Häufig ist die Beratung dieser Personen ebenso notwendig, oder sie sind gar die eigentlich Beratungsbedürftigen.

2. Hinsichtlich der Art der Beziehung ist die Beratung Älterer etwas schwierig, da hier häufig eine Umkehrung der Lebensalter vorliegt, gemessen an den landläufigen Erwartungen an die Personenkonstellation in einer helfenden, quasi therapeutischen Beziehung[159]. Verschiedene Rollenkonstellationen sind möglich, zu deren Bildung der Berater ebenso beiträgt wie der Ältere (z.B. der Berater als Elternfigur - der Ältere als Kind und umgekehrt). Ausschlaggebend wird sein, ob dem Klienten Offenheit möglich ist und er sich vom Berater - mit all seinen Schwächen und Behinderungen - akzeptiert fühlt. Ackerknecht weist darauf hin, daß ein Vertrauensverhältnis und eine stark unterstützende Haltung von Seiten des Beraters in der Arbeit mit Alten noch wichtiger ist als bei anderen Altersgruppen[160]. Da im Verlauf der Beratung sich Veränderungen in der Lebenssituation oder der psychischen Befindlichkeit ergeben können (was ja erwünscht ist), die Ängste auslösen können, muß der Ältere die Gewähr haben, sich auf den Berater stützen zu können. In all den

---

[159] Zur Personenkonstellation jüngerer Berater - älterer Klient s. 4.2.1.2.

[160] s. Ackerknecht, L., a.a.O., S.116

Fällen, wo sich eine gute emotionale Beziehung zwischen Berater und Klient entwickelt, ist dies zwar äußerst förderlich für den Beratungsverlauf, führt aber u.U. zu Schwierigkeiten in der Beendigung der Beziehung. Es ist sogar möglich, daß die Beziehung zum Berater für den Älteren lebensnotwendig wird, so daß sie mit "open end" weitergeführt werden muß. Safirstein z.B. berichtet von drei "lebenslangen" Klienten[161].

3. Das Manko bestehender Handlungsalternativen ist sicherlich für viele Ältere eher einschränkend hinsichtlich eines erfolgreichen Beratungsverlaufs als die von anderen Autoren immer wieder betonten persönlichkeitsspezifischen psychischen Determinanten. Entgegen dieser individuellen Zuschreibung werden Ältere durch das von der Umgebung an sie herangetragene soziale Urteil daran gehindert, gewisse Aktivitäten beizubehalten oder nach Berentung neu aufzunehmen[162]. Liegen die Behinderungen eher am Altersstereotyp als z.B. an körperlichen Leiden oder eingeschränkten ökonomischen Verhältnissen, bietet sich die Möglichkeit zur Eröffnung neuer Handlungsspielräume. Obwohl vom Klienten anfangs öfter betont wird, er könne diese oder jene vorgeschlagene Aktivität auf keinen Fall aufnehmen, können doch in einigen Fällen in der Beratung Aufgaben gefunden werden, die er ohne Gefühl von Überforderung bewältigen kann[163].

---

161 Safirstein, S.L., Psychotherapy for Geriatric Patients, in: New York State Journal of Medicine 72 (1972), S.2746

162 s. dazu auch 2.2.3.

163 s. 5.2., Frau B.

3.3. Realisierung des Konzeptes in Form einer "Beratungsstelle für Ältere"

Nach den Prinzipien des dargestellten Beratungskonzeptes arbeitet seit nun fast fünf Jahren die "Beratungsstelle für ältere Menschen". Sie versteht sich bewußt als überparteilich und überkonfessionell. Sie wird nach den Richtlinien für Ehe-, Lebens- und Familienberatungsstellen bezuschußt.

Entsprechend der dargestellten Maximen weist die Stelle gegenüber anderen EFL-Stellen einige Besonderheiten auf:

- Die Beratung findet entsprechend den Wünschen und Möglichkeiten des Älteren in der Beratungsstelle oder bei ihm zuhause statt. Konsequenz der Beratung in der Wohnung ist häufig, daß der Zeitraum von einer Stunde überschritten wird, der Kontakt zum älteren Klienten intensiver ist.
- Wesentlich waren zu Anfang des Bestehens der Stelle bzw. sind bei Bedarf bei laufenden Beratungen die Kontakte zu Schlüsselpersonen. Am häufigsten ist wohl der Kontakt zu Gemeindeschwestern, gefolgt von dem zu Ärzten, was mit der schlechten körperlichen Verfassung vieler Klienten und der Dominanz des Gesundheitszustandes vor anderen Persönlichkeitsvariablen übereingeht.
- Zu Anfang erschien die Herstellung eines guten Kontaktes zu anderen Institutionen, die mit Älteren zu tun haben, wesentlich, sei es Sozialamt, Sozialstation, Altenheime oder Krankenkassen. Erste Erfahrung war häufig Unverständnis oder Ablehnung bei den Stellen, da man meinte,selbst genügend für die Älteren zu tun. Wir stießen immer wieder auf Konkurrenz- und Kompetenzängste, obwohl wir versuchten deutlich zu machen, wo die Schwerpunkte unserer Arbeit liegen und daß das Angebot der jeweiligen Institution durch die"Beratungsstelle für Ältere" eher ergänzt würde.

- Als wesentlich wird angesehen, Aufklärung über Befindlichkeit der alten Menschen bei anderen mit älteren Beschäftigten zu leisten. Häufig herrschen in der praktischen Arbeit mit Älteren unreflektierte Defizit-Vorstellungen vor, die dringend einer Korrektur bedürfen. Über Mediatorenarbeit wird angestrebt, die eigenen Ansätze quasi zu vervielfältigen.
- Es wird mit Laienhelfern gearbeitet. Der Einsatz der Laienhelfer geht insofern über die sonst üblichen Besuchsdienste von Kirchen oder privaten Initiativen hinaus, als die Helfer regelmäßig Anleitung und Fortbildung in der Beratungsstelle erhalten. Besonders willkommen ist das Engagement von selbst bereits älteren Menschen.
- Über "jüngere Ältere", die in die Beratung kommen und die bereits viel mit "ganz Alten" zu tun haben (z.B. über den Wohnbereich), kann präventiv gearbeitet werden; müssen es doch letztendlich die alten Leute selber sein, die zu einer Veränderung ihrer Situation und ihres gesellschaftlichen Images zumindest beitragen. Viele Ältere leben zu zurückgezogen, haben zu wenig Selbstvertrauen oder können schlecht formulieren, was ihre Anliegen sind. Die jüngeren Älteren, die durch Beratung aktiviert werden können, können eher noch die Interessen der Altersgruppe formulieren und öffentlich machen.
- Aufgrund der schwerwiegenden, oft den Lebenszusammenhang des Älteren tangierenden Problematik ist ständige Supervision des Beraters notwendig. Das offene Konzept, die Hausbesuche sowie Tätigkeiten im Umfeld des Klienten vergrößern das Ausmaß der Involviertheit gegenüber herkömmlicher Beratung, die sich distanziert von der Lebenswelt der Klienten abspielt. Auch häufig wiederkehrende Themen - Krankheit, Auseinandersetzung mit dem Sterben oder das tatsächliche

Ableben von Klienten - machen eine gute Unterstützung des Beraters unabdingbar[164].

Aus dem inzwischen fast fünf Jahre umfassenden Erfahrungszeitraum der Beratungsstelle lassen sich kurz folgende Tendenzen résumieren:

Besucht wird die Beratungsstelle sehr viel stärker von älteren Frauen als von Älteren männlichen Geschlechts. Gründe hierfür dürften verschiedene sein: angefangen von der Überrepräsentiertheit älterer Frauen mit steigendem Alter bis hin zur größeren Bereitschaft von Frauen, über eigene Probleme zu sprechen und sich dazu in einen fremden, institutionellen Rahmen zu begeben. - Das Klientel "verjüngte" sich im Verlauf der fünf Jahre, d.h. es kommen mehr "junge Alte". Damit nahm der Anteil an Verheirateten zu. Die Problemstellung ist in der jüngeren Altersgruppe weniger die Kontaktsuche (wie bei den alleinstehenden Alten) als häufiger Beziehungsprobleme (zu Partner oder Kindern) oder psychische Probleme (z.B. Beschwerden durch das Klimakterium, Depressionen).

Klienten kommen verstärkt auch aus dem ländlichen Bereich. Dazu hat eine größere Aktion beigetragen, bei der Mitarbeiter der Stelle in den Gemeinden mit Mediatoren Gespräche führten. Man war sich darin einig, daß im ländlichen Bereich eine Fülle von Problemen (wenn auch etwas andere als im städtischen Gebiet; Alkoholismus z.B. oder Schwierigkeiten durch Drei-Generationen-Haushalte trafen wir auf dem Land sehr viel häufiger an) zwar vorhanden ist, damit aber wenig nach aussen gegangen wird. - Auch im Landkreis findet ein Teil der Beratungen bei den Klienten zuhause statt.

---

[164] Für den Berater sei es gar wichtig, sich selbst einem Beratungsprozeß unterworfen zu haben; s.Thürkow, A., Bericht über die AG "Beratung und Prävention", in: Balluseck,H.v./ Bernstein, R. (Hrsg.), Sozialarbeit und Altenhilfe, Berlin 1980, S.177

Es haben sich, angeregt und angeleitet durch die Stelle, einige Gruppen von Älteren gebildet; es existieren Gruppen, die an Themen arbeiten, sowie Kontakte-Gruppen. Einige Gruppen sind inzwischen autonom, benutzen aber weiterhin die Räume der Beratungsstelle für ihre Treffen.

4. Methodologische Vorüberlegungen

Die offene, aktive und aktivierende Beratungsarbeit mit älteren Menschen,wie sie in kurzen Zügen vorgestellt wurde, soll durch die interpretative Rekonstruktion von Beratungsgesprächen in einigen Facetten ausgeleuchtet werden. Die vorliegende Arbeit ist somit als explorative Studie in diesem weitgehend noch unbegangenen pädagogisch-beraterischen Feld zu betrachten, die mit näher zu explizierenden Fragestellungen recht offen an die Gespräche herantritt.

Die Gespräche gingen aus unterschiedlich strukturierten Beratungssituationen hervor: ein Teil der Beratungen fand in der "Stelle" statt, ein Teil bei den Klienten zuhause, wie es dem vorgestellten klientenzentrierten Angebot entspricht. Weder dem Berater noch dem Klienten war zum Zeitpunkt der Beratung bekannt, daß die Tonband-Aufzeichnungen für eine derartige Auswertung verwendet werden würden, was eine Veränderung bzw. Verunsicherung der Interaktanden hätte bedeuten können; die Tonbänder dienten lediglich der Kontrolle und Lernmöglichkeit für den Berater sowie Zwecken der Supervision.
Vergegenwärtigen wir uns, über welch komplexe Situation berichtet wird: über die besondere Interaktionssituation innerhalb eines Beratungsprozesses; über die besonderen Probleme alter Menschen, ihre lebensgeschichtlichen Hintergründe und Erfahrungen; über verfassungsmäßige Variationen in der Beratungsmethode - so wird verständlich, daß ein geschlossener Interpretationsrahmen, der die Beratungssituation unter offenen plus institutionellen Rahmenbedingungen erfaßte, nicht geboten werden kann. Ein derartiger "methodisch nicht im voraus reduzierter Praxisbereich"[165] kann

---

[165] Kasakos, Gerda., Familienfürsorge zwischen Beratung und Zwang, München 1980, S.14; Kasakos bezieht sich dabei nur auf den begrenzten Bereich der institutionell stattfindenden Familienfürsorge!

nicht in allen Nuancen ausgeleuchtet werden. Ich schließe mich Mollenhauer und Rittelmeyer an, die davon ausgehen, daß das „Ergebnis einer Interpretation..... den wissenschaftslogischen Status einer Hypothese" hat: "Unter keinen Umständen kann mit zweifelsfreier Gewissheit und hinreichenden Gründen behauptet werden, daß eine vorgelegte Deutung gültig ist"[166]. Setzen wir jedoch hinzu, daß die Bedeutung einer Äußerung in jedwedem Falle indexikal, d.h. kontextgebunden und damit nur auf dem Hintergrund des Kontext-Wissens und des Wissens um die Intention der Interagierenden verstehbar und interpretierbar ist[167], so ist die eindeutig "richtige" Auslegung einer Äußerung bzw. einer Interaktionshandlung als anzustrebendes Ideal zu betrachten, was letztlich nur der subjektiven Einsicht des Handelnden in sein momentanes Tun vorbehalten bleibt. Anders formuliert: es geht um die interpretative Annäherung an komplexes Beratungsgeschehen, wobei dies u.U. zu Lasten der Generalisierbarkeit auf Beratungsgeschehen in anderen Bezügen geht.

Mit der Entwicklung interpretationsleitender Fragestellungen sollen daher "Aufmerksamkeitsrichtungen"[168] vorgegeben werden, die die zentralen ausgewählten Gesichtspunkte und Bedeutungskriterien darlegen. Indem Prämissen offengelegt, zentrale Fragestellungen entwickelt und damit die Zielrichtung der Interpretation

---

166 s. Heinze, Th./ Klusemann, H.-W., Ein biographisches Interview als Zugang zu einer Bildungsgeschichte, in: Baacke, D./ Schulze, Th. (Hrsg.), Aus Geschichten lernen, München 1979, S.190

167 s. Hoffmann-Riem, Christa, Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie - Der Datengewinn -, in: Kölner Zs. für Soziologie und Sozialpsychologie 32 (1980), S.344

168 s. Heinze/ Klusemann, a.a.O., S.184

expliziert werden, geht die vorgenommene Analyse über eine Alltagsinterpretation, die ihre Vorannahmen nicht offenlegt, hinaus. Sie hat andererseits den Anspruch, so weit offen zu sein, daß sie an den besonderen Problemkonstellationen des einzelnen Älteren alltagsweltlich orientiert bleibt. Der biographische Zugang zur jeweils einzelnen Beratung erscheint sinnvoll, da Ziel der Arbeit der Einblick in die je eigene Sichtweise und Lebenswelt des alten Menschen ist. Erst auf dem Hintergrund des individuellen Lebenszusammenhanges kann der Weg in die Störung oder Krise verstanden werden: welche Beziehungsmuster und Konflikt-Bewältigungsstrategien wurden lebenslang entwickelt, die jetzt in der Alterssituation zum Tragen kommen und zur Notwendigkeit einer Beratung geführt haben? Sowohl die komplexe Biographie und "Störungsgeschichte" wie auch das flexible Vorgehen in der Beratung schließen den generalisierenden Blick aus. Entgegen einer quantitativ-empirischen Arbeit geht es um die phänomenologische Beschreibung komplexer Situationen und Prozesse, die den Anspruch auf interne Validität nicht erhebt[169].

Neben der textexegetisch-interpretativen Betrachtung der Beratungssituation als vielschichtigem "Prozeß sozialer Interaktion"[170] werden zur Vervollständigung des lebensgeschichtlichen Hintergrundes in einigen Fällen Aussagen aus Interviews mit Verwandten und nahen Bekannten herangezogen. Dies war nötig bei der Analyse der Arbeit mit wahnkranken alten Menschen,

---

169 Zum Problem externe - interne Validität s. Kaminski, Gerhard (Hg.), Umweltpsychologie, Stuttgart 1976, S.34. Kaminski diskutiert die Vorteile des Feldexperiments mit einer hohen Komplexität der unabhängigen Variablen und besserer Verallgemeinbarkeit gegenüber dem Laborexperiment mit dem Vorzug der hohen internen Validität.

170 Cicourel, A., Methode und Messung in der Soziologie, Frankfurt 1974, S.112

weil aufgrund des Krankheitsbildes keine Tonbandmitschnitte vorhanden sind (s.4.1.).

Drei Vorgaben müssen notwendigerweise gemacht werden:

1. Eine Begründung der Auswahl des Materials, was bereits Schwerpunkte setzt;
2. Eine Darlegung der Prämissen, unter denen die Beratungssituation / der alte Mensch / die Möglichkeiten der Veränderung durch Beratung betrachtet werden;
3. eine Explikation der zentralen interpretationsleitenden Fragestellungen.

4.1. Auswahl des Materials

Der Entscheidung für bestimmte Beratungstransskripte gingen eine Reihe von Vorentscheidungen voraus:

- es sollten Beratungen verhandelt werden, über die nicht nur als einziger Zugang die Tonbandprotokolle zur Verfügung standen, sondern über die aus verschiedenen Kontexten Material vorhanden war, z.B. aus Gesprächen mit Ärzten, mit der Sozialstation oder anderen betreuenden Stellen;
- Absicht war, kasuistisches Material vorzustellen, das das Problemspektrum alter Menschen im beschriebenen Sinne (Kap.2) repräsentiert und die starke Verflechtung psychischer, sozialer und gesundheitlicher Faktoren verdeutlichen kann;
- es sollten Beratungsverläufe ausgewählt werden, die das unterschiedliche methodische Vorgehen und die Flexibilität im Verfahren aufzeigten.

Eine eher unfreiwillige Vorauswahl fand dabei insofern statt, als nicht alle Beratungen per Tonband aufgezeichnet werden können; für Ältere mit Wahnvorstellungen wurde dies bereits erwähnt - in ihrem Fall könnte der Einsatz eines Gerätes den Wahn geradezu fördern und die so wichtige, sowieso immer wieder gefährdete

Vertrauensbeziehung zum Berater stören. Auch bei manchen Hausbesuchen z.B. kann ein Aufnahmegerät störend wirken. Zudem sind ältere Menschen generell besonders empfindlich gegenüber technischen Accessoires, müssen sie doch bereits die für sie schwierige Situation, überhaupt auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, verarbeiten. - Mit Tonband-Material belegbar sind daher die Beratungen, bei denen die Betroffenen die Aufzeichnung gestatteten; dies sind erfahrungsgemäß Klienten, die sich akut in keiner starken Krise befinden; oder etwas "jüngere" ältere Klienten, die sich eher mit technischen Neuerungen anfreunden können.

Entsprechend der beschriebenen Störungen bei Älteren konfrontiert Beratung besonders häufig mit folgenden Problemkreisen:

- Beziehungsprobleme im weitesten Sinn, von Generationenkonflikten bis hin zu Folgeproblemen durch Vereinsamung;
- Verarbeitung des Verlustes nahestehender Menschen/ Objektverlust (Umgang mit Trauer);
- Definitionen als "alt" von außen durch Jüngere und andere Ältere, was zu eingeschränktem Handlungsspielraum und in der Folge zu psychischen Problemen führen kann.

1. Zum Themenkreis "Beziehungsprobleme" wurden zwei verschiedene Spielarten ausgewählt:
   - die Beratung älterer Ehepaare; hier geht es nicht nur um Beziehungserklärung und Neu-Definition der Beziehung nach innen, sondern auch um die Beziehungsmöglichkeiten der Ehepaare nach außen (5.3.);
   - die Beratung Älterer mit Wahnvorstellungen; der Wahn soll aufgezeigt werden als übersteigerte, lebenslang angelegte Beziehungsschwierigkeit, die durch die eingeschränkte Alterssituation, gekoppelt mit organischen Faktoren, zum klassischen psychiatrischen Krankheitsbild wird. Wie bereits erwähnt, wird hier der Umweg über Inter-

views mit Verwandten und Freunden gewählt. Aus diesem Grund steht bei der Analyse das biographische Moment stärker als bei den anderen vorgestellten Beratungen im Vordergrund (5.4.).

2. Zum Thema Verlustverarbeitung wurde die Beratung einer bereits seit Jahren depressiven alten Frau ausgewählt. Die Beratung gewinnt neben dem vorgestellten thematischen Schwerpunkt dadurch an Bedeutung, daß sie das setting "Hausbesuch im ländlichen Raum" aufzeigt (5.2.).

3. Zum Thema Definition als "alt" soll die Beratung einer eigentlich noch nicht alten Frau Auskunft geben, die jedoch aufgrund von Erkrankung, nicht stattgefundener Rehabilitation und Umsiedlung in ein Altenheim alt "gemacht" wird, sich dieses Stigmas aber zu erwehren versucht (5.1.).

4.2. Prämissen der Gesprächsinterpretation

4.2.1. Beratung als Interaktionsgeschehen

Beratung als interaktives Geschehen kann als dynamische "Szene" betrachtet werden, auf der sich Berater und Klient in bestimmten Rollen und Sprachspielen bewegen[171]. Durch eine Charakterisierung
- des kommunikativen Zweckes
- der Personenkonstellation und
- des thematischen Gegenstandes

soll sie kurz von anderen kommunikativen Situationen unterschieden werden[172].

---

171 s. Argelander, H., Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt 1970, S.18

172 vergl. bei Giesecke, M., Instruktionssituationen in Sozialisationsinstitutionen - Ablaufschemata und Bedeutungsübertragung bei instrumentellen Instruktionen im Kindergarten, in: Soeffner, H.-G. (Hg.), Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften, Stuttgart 1979, S.38

Zwecks des Treffens von Berater und älterem Ratsuchenden ist vorab ein Problem, das der Ältere meint nicht mehr allein lösen zu können. Wir können davon ausgehen, daß langes Überlegen und Suche nach anderen möglichen Gesprächspartnern erfolgte, bevor der Ältere sich an eine Institution wendet, die für ihn ungewöhnlich, ja in gewissem Sinn bedrohlich ist. Viele Ältere stellen sich Beratung als Ort der Wissensvermittlung vor, wo sie gesagt bekommen, was sie tun sollen, im Sinne einer Sachberatung. Sie sind dann überrascht, keine Rezepte an die Hand zu bekommen, sondern selbst etwas "tun" zu müssen. Der Ältere hat zusätzlich nicht nur Vorannahmen über die Beratungsstelle als Ort, sondern auch über die Person des Beraters: er stellt sich jemanden vor, der vorgerückten Alters ist und Überlegenheit und Ruhe ausstrahlt. Welche Konsequenzen die reale Berater-Person in ihrer Wirkung auf den Klienten für den Beratungsverlauf hat, wird unter 4.2.1.2. genauer erörtert. - Auch der Berater hat Vorannahmen über die Situation im Erstgespräch. Er hat ja in der Vorphase des direkten Kontaktes häufig bereits Informationen erhalten, sei es bei der Anmeldung des Älteren oder bei der Vermittlung durch Dritte. Aufgrund der ihm dabei dargestellten Problemlage werden automatisch Erinnerungen an ähnlich gelagerte Problemkonstellationen aus früheren Beratungen reaktiviert.
- Festzuhalten bleibt, daß beide Gesprächspartner mit "Partnerhypothesen" in die erste Beratungsstunde hineingehen[173]. Bahnt sich ein längerfristiger Beratungskontakt an, so ist u.U. entscheidend, wie die Vorannahmen von beiden Seiten korrigiert werden können.

---

[173] s. dazu Hannappel, Hans/ Melenk, Hartmut, Alltagssprache. Semantische Grundbegriffe und Analysebeispiele, München 1979, S.17f.

Der kommunikative Zweck ist also vorab ein Problem des Älteren, wozu nicht unbedingt immer er selbst die erste Problemdefinition liefert. Gelegentlich ergibt sich im Verlauf der Beratung eine Verschiebung oder Ausweitung des ursprünglich formulierten Gegenstandes. Als Beispiel sei eine Beratung angeführt, bei der ein jüngerer Erwachsener die Stelle aufsucht. Er kommt, um über seine alten Eltern zu sprechen und möchte gerne, daß der Berater diese aufsucht. Seine Problemdefinition richtet sich dabei auf die Eltern: sie haben das Problem, an ihnen muß etwas geändert werden (eine Umkehrung der häufigen Konstellation in der Erziehungsberatung!). Ziel wäre hier, beim Jüngeren Einsicht in die eigene Verstrickung in das Problem herzustellen, sei es eine nicht vollzogene Abgrenzung, ein übermäßig starkes Gefühl von Verpflichtung o.ä. In solchen Fällen wird darauf hin gearbeitet werden müssen, beim Jüngeren Motivation für eine eigene Beratung aufzubauen oder ihn in den Kontakt zu den Eltern mit einzubeziehen.

Durch die Problemdefinition auf den Älteren hin und den erwarteten Sachverstand plus spezielle professionsbedingte Kenntnisse auf seiten des Beraters ergibt sich Interaktionsdominanz beim Berater[174]. Der Klient soll über sich Auskunft geben, er wird sich eventuell bis in intime Details hinein öffnen, während er gemeinhin über die Person des Beraters über den gemeinsamen Handlungskontext hinaus wenig erfährt. Das Lebensfeldorientierte Konzept psychosozialer Beratung weicht diese Positionen zwar etwas auf durch den persönlicheren Umgang, kann letztendlich jedoch die "asymmetrische Kontingenz"[175] nicht aufheben.

---

[174] s. Jungblut, Hans-Joachim, Skript zur Diss., S.36

[175] s. Jungblut, a.a.O., S.37

Aus welchen Gründen begibt sich der Klient in die ungleich gewichtete Situation? Er will die Beratung ja nutzen zur Klärung seiner Situation bzw. zur Veränderung einer für ihn nicht mehr lebenswerten Lage. Er möchte sich jemandem mitteilen, möchte jemanden anders an für ihn belastenden Erlebnissen teilhaben lassen: die Teilhabe gewährt ihm Entlastung[176]. Im Mitteilungsvorgang liegt darüber hinaus für den Erzähler die Möglichkeit, sich zu vergewissern, daß er in seinem individuellen Erleben für andere verständlich ist, seine Gefühle vermittelbar bleiben. Dies ist wesentlich, um sich als "verstandenes Mitglied einer menschlichen Gemeinschaft"[177] zu fühlen. Gerade Ältere befinden sich häufig in so isolierter Situation, daß dieser Maßstab bereits verloren zu gehen droht.

Aufgrund der altersmäßigen Verkehrung bei der Beratung Älterer entsteht für beide Interaktionspartner eine schwierige Situation, die dem Älteren geradezu paradox erscheint: auf der einen Seite schreibt er dem Berater qua Position Kompetenz zu, auf der anderen Seite würde er sie ihm qua Alter - entsprechend den gesellschaftlich vorhandenen Klischees - absprechen[178]. Die Spielarten der Beziehungsbildung sollen kurz angedeutet werden.

---

176 s.Flader, D./ Giesecke, M., Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview - eine Fallstudie, in: Ehlich, Konrad (Hrsg.), Erzählen im Alltag, Frankfurt 1980, S.212

177 Flader/ Giesecke, a.a.O., S.213

178 Grotjahn kennzeichnet die "umgekehrte Ödipuskonstellation" dennoch als günstigste Übertragungssituation in der analytischen Behandlung; s. Grotjahn, M., Analytische Psychotherapie bei älteren Patienten, in: Petzold/Bubolz a.a.O., S.82

In jeder Beratung finden von beiden Interaktanden (unbewußt) Rollenzuschreibungen statt. Von Seiten des Älteren wird der jüngere Berater häufig als Kind oder Enkel erlebt, was entsprechend den erfahrenen Beziehungen Emotionen weckt: Zuneigung, den Wunsch, den Jüngeren in Abhängigkeit zu bringen und damit ihn bei sich zu haben, Eifersucht auf die Lebensmöglichkeiten des Jüngeren, oder Skepsis und Mißtrauen seinen Fähigkeiten gegenüber. Erfahrungsgemäß ist dabei die Konstellation: Großelternteil - Enkel, wie sie phantasiert wird, günstiger; die Erwartungen, die gegenüber den eigenen Kindern noch höher waren, sind den Enkeln gegenüber in den meisten Fällen bereits abgeschwächt; auch Selbständigkeit und Kompetenz kann bei den Enkeln besser ertragen werden. Entsprechend sind die Gefühle auf Seiten des Beraters. Je nach Bindung bzw. Lösung von den Eltern oder gemachten Erfahrungen phantasiert er sein Verhältnis zum älteren Klienten: Gefühle von Unterlegenheit, von Verpflichtung dem Alternden gegenüber, der Angst, von ihm abhängig zu werden. Die äußere Situation entspricht dann nicht mehr der entstandenen Beziehungskonstellation. Für beide Teile kann Beziehungskonfusion entstehen, der Beratungsvorgang wird entscheidend behindert[179]. Von Psychotherapeuten wurde die Möglichkeit der Umkehrung gar als grundlegendes Hindernis für therapeutische Arbeit mit dem Älteren überhaupt gesehen. Kardiner sieht Chancen für therapeutische Arbeit dann, wenn die "inhärenten Drohungen" reduziert werden können[180].

---

179 s. ausführlicher zur Beziehung Berater - älterer Klient bei Radebold/Bechtler/Pina, Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen, Freiburg 1981, S.123ff; die Autoren bewegen sich in den psychoanalytischen Termini von Übertragung und Gegenübertragung.

180 nach Redlich/ Freedman, Theorie und Praxis der Psychiatrie, Bd. 2, Frankfurt 1974², S.996

In der offenen psychosozialen Beratung tragen zwei Faktoren dazu bei, daß sich die Möglichkeit der Abhängigkeit (von beiden Seiten) erhöht: für den isolierten, sehr alten Menschen ist der Berater häufig einzige Bezugsperson; außerdem ist die Abgrenzung auf einen nur professionellen Kontakt beim Hausbesuch noch schwieriger und läßt sich zeitlich nicht so leicht begrenzen wie in der Stelle. Mit dem Eindringen in die Privatsphäre des Klienten wachsen dessen Ansprüche an den Berater, da er sich eine derart intensive Zuwendung von der "Fürsorge" oder einer "Stelle" nicht vorstellen kann und so zu dem Schluß kommt, daß der Berater eine private Beziehung zu ihm wünscht. Radebold u.a. betonen, daß die Definition der Beziehung als Arbeitsbeziehung von vornherein wichtig sei; sie schlagen sogar aus den erwähnten Gefahrenmomenten heraus vor, Gespräche doch immer in der Dienststelle abzuhalten[181] (!).
- Das vorgestellte Konzept psychosozialer Beratung möchte ja aber eine Arbeit erbringen, die den Bedingungen der Älteren gegenüber herkömmlichen Stellen angemessener ist. Wir gehen davon aus, daß daher diese Spannung, die Phasen ungeklärter Wünsche ausgehalten werden muß; denn mit ihr kann gearbeitet werden: z.B. in dem Sinne, daß anhand der Beziehung zum Berater mit dem Älteren besprochen werden kann, wieviele Wünsche nach einer guten emotionalen Beziehung im Grunde vorhanden sind; oder ihm aufgezeigt werden kann, daß daß er noch fähig ist, zu jüngeren Leuten eine tragfähige Beziehung aufzubauen.
Allerdings muß sich der Berater über seine Gefühle dem Älteren gegenüber ebenso Rechenschaft ablegen. Erfahrungsgemäß genießt man als Jüngerer für eine Zeitlang einzelne intensive Beziehungen zu Älteren,

---

[181] s. Radebold, u.a. 1981, a.a.O., S.263

sei es aufgrund einer entbehrten Elternbeziehung, sei es aufgrund der sonst häufig sehr anstrengenden, frustrierenden Tätigkeit, wo im Umgang mit kranken, sterbenden oder psychisch gestörten Menschen höchstens minimale "Erfolge" zu konstatieren sind. Hat sich der Berater auf die Beziehung eingelassen und zieht er sich dann wieder zurück, so ist das um so bitterer für den Älteren.

Aufgrund des großen emotionalen Defizits beim Älteren wird sich der Kontakt auf jeden Fall anders gestalten als mit anderen, aktiveren Altersgruppen. Es muß geklärt werden, daß die Beziehung, auch wenn sie über Jahre dauert, doch eine vorübergehende ist. Es muß besprochen werden, daß der Berater behilflich sein wird, andere tragfähige Kontakte anzubahnen. Radebold befürwortet das Aufrechterhalten einer "milden positiven Übertragung" mit der Möglichkeit, sich bei neuen Schwierigkeiten wieder an den Berater wenden zu können[182].

Die Beratung, die in der Stelle stattfindet, ist dadurch gekennzeichnet, daß der Zusammenhang, in dem gesprochen wird, selten identisch ist mit dem, über den verhandelt wird. Der Klient gewinnt dadurch die Möglichkeit, Geschehen so "umzuarbeiten", daß es seinen Vorstellungen von sich selbst und seinen Intentionen, wie er sich dem Berater darstellen möchte, entspricht[183]. Die Darstellung der eigenen Person im Bericht über außenliegende Interaktionserfahrungen kann für den Klienten insofern von Bedeutung sein, als er dadurch Möglichkeit hat, sich als "ein anderer" zu formen[184]. Es ist Aufgabe des Beraters, die Infor-

---

182 s. Radebold u.a. 1981, a.a.O., S.105

183 zum Problem der "Sprechstunde als nicht-alltäglicher Sprechsituation" s. Kasakos, g., 1980 a.a.O., S. 79f.

184 Kasakos S.81: Der Berater müsse durch die "künstlich" erzeugte Gegenstandswelt, die ihm der Klient zeigt, auf das "wirkliche" Geschehen schauen.

mationen so weit an das eigentliche Erleben des Klienten heranzubringen, wie es für den Fortgang der Beratung wesentlich erscheint. Argelander unterscheidet drei Ebenen der Informationsdarbietung im (therapeutischen) Gespräch[185]:

- die Ebene der objektiven Information; dies wären überprüfbare biographische oder psychologische Faktoren; hierzu bietet der Hausbesuch Gelegenheit;
- die Ebene der subjektiven Angaben; wie erlebt der Klient seine Situation oder Kontakte zu anderen? Die subjektive Wahrnehmung der eigenen Situation, z.B. des Gesundheitszustandes, scheint ja bei älteren Leuten größeren Stellenwert zu haben als abprüfbare "harte" Fakten[186],
- die Ebene der szenischen Information: wie stellt sich der Klient dar im Gespräch, wie gestaltet er die Beziehung zum Berater etc. Über das Bewußtmachen des "Spiels" kann Verhaltensänderung initiiert werden.

Da die Lebensgeschichte häufig Gegenstand des Gesprächs ist, ist dann wesentlich, welche Ereignisse erinnert werden und ob überhaupt ein Ausflug in die Vergangenheit unternommen wird. Die Bedeutung, die der Ältere einem von ihm vorgetragenen Sachverhalt beimißt, ist ausschlaggebend für die Besprechung in der Beratung. Der Ältere bestimmt damit auch selbst, inwieweit eine aufdeckende, an Punkten der Lebensgeschichte einhakende Beratung einsetzt oder ob das Gespräch beim aktuellen Konflikt bleibt.

---

185 s. Argelander, a.a.O., S.12ff.

186 s. Thomae, Erlebte Unveränderlichkeit.... a.a.O., S.448; s. außerdem S.10ff.

Den Ebenen der Informationsdarbietung entsprechen die vom Berater erforderten Kompetenzen; Jungblut/ Schreiber differenzieren in eine biographische, ineraktive und situative Dimension, wobei der "biographischen Dimension" in der Beratung Älterer die größte Bedeutung zukommt[187].

4.2.2. Das Bild vom "älteren Menschen" beim Berater

Das Bewußtwerden der eigenen Haltung dem alten Menschen gegenüber ist Voraussetzung für eine gute Arbeit; sind diese Einstellungen, Vorurteile, Veränderungen im Laufe einer längeren Zeit doch beeinflussend auf den praktischen Umgang. Die "Folie der subjektiven Sichtweise"[188] wird sich selbstverständlich auch bei der Transskriptanalyse interpretationsleitend auswirken. Daher einige Ausführungen zu diesem Thema, die sich auf die eigenen in der Praxis gemachten Erfahrungen beziehen.

Festzuhalten ist, daß sich der eigene Blickwinkel im Verlauf der fünf Jahre praktischer Arbeit mit Älteren von der ursprünglich idealistischen Haltung ein Stück weit entfernt hat. Voller Optimismus und Energie für die beraterische Tätigkeit, gepaart mit einem Konzept, mit dem man übereinstimmen konnte, und einem institutionellen Rahmen, der nicht so lebensweltlich-distanziert erschien, lehnte man sich an die Aktivitätstheorie und an neuere, ebenfalls darauf aufbauende Konzepte wie die Interventionsgerontologie oder aktuelle Publikationen, die die Therapierbarkeit des älteren

---

187 s. Jungblut, H.J./ Schreiber, W., Zur Notwendigkeit alltagsweltlich orientierter Methoden in der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, in: Neue Praxis 10 (1980), S.156

188 s. Heinze/ Klusemann, a.a.O., S.191

und auch sehr alten Menschen betonen. Erklärungsmöglichkeiten für die zu beobachtenden Defizite beim Alten - abgesehen vom gesundheitlich-organischen Bereich - meinte man in ungenügenden sozialen Verhältnissen, in Stigmatisierungsversuchen der Umgebung oder generell im fehlenden Einfühlungsvermögen der Jüngeren zu sehen. Wir selbst bemühten uns um eine respektierende, fördernde, stützende Haltung dem Älteren gegenüber - verbunden mit einer ungeheuren Geduld, die uns die vielen kleinen Dinge, die uns in der alltagsweltlich orientierten Beratungsarbeit begegneten, abverlangten. Als Berater und Betreuer fühlte man sich verpflichtet, sich durch die Dinge, die die anderen am Alten störten, nicht in der eigenen Beziehung "stören" zu lassen, am wenigsten es als nur beim Alten vorhandene "Störung" hinzunehmen[189]. Diese sehr aufopfernde Haltung sollte sich durch praktische Erfahrungen doch verschieben: hin zu einer realistischen Sichtweise des einzelnen Menschen, der - eigentlich unabhängig vom Alter - nörgelig oder verträglich, kontaktbereit oder zurückgezogen, sympathisch oder unsympathisch erscheint.

Neben den vielen guten fruchtbaren Begegnungen mit Älteren kamen doch auch immer wieder Konfrontationen mit großer Passivität beim Alten, starker Selbstbezogenheit, Unbeweglichkeit und vor allem Unwilligkeit, einmal über andere und deren Schwierigkeiten nachzudenken; hinzu bei abbauenden alten Menschen das Erlebnis, kaum mehr wirklich etwas verbessern zu können, sondern höchstens für eine Zeitlang ein weiteres "Abrutschen" h inauszuzögern; mit sehr vergeßlichen Alten Dinge zu besprechen, die sie kurz darauf wieder vergessen

---

[189] vergl. Ritter-Vosen, Xenia, Verh.th. mit älteren Menschen, in: Bubolz/Petzold 1979 a.a.O., S.321

haben - alles Erlebnisse, die streckenweise immer wieder Resignation aufkommen lassen und wo mit viel Energie wieder "Anlauf" genommen werden muß. Im Umgang führte dies zu direktiverem Vorgehen und zu einer genaueren Abklärung der eigenen Position: genauer auszutarieren, was der Ältere noch selbständig tun kann, wieweit die therapiewirksame Arbeit reichen kann und was - in Absprache mit dem Älteren - für ihn getan werden muß.

Wie in der Fachsupervision immer wieder festgestellt und bearbeitet wurde, hat die veränderte Haltung sicherlich mit dem eigenen Lernprozeß zu tun, Altern, Krankheit und Tod nicht wegschieben zu wollen, sondern zu akzeptieren als natürliche Phase in jedem Lebenslauf, bei dem wir als Jüngere höchstens Hilfestellung geben können. Krankheit und Sterben können wir nicht "wegberaten", wohl aber soziale Umstände und psychische Folgen lindern[190]. - Die Erfahrungen führten ebenso zu einer stärkeren Abgrenzung in den Beziehungen: bei starken Beziehungswünschen des Älteren zieht man sich ganz gern auch ein wenig auf die berufliche Position zurück, um nicht "geschluckt" zu werden. Der Betreuer könnte auf jeden Fall weniger geben als der alte Mensch haben möchte: fehlen ihm doch letztendlich echte, beständige Partner, die durch keine helfende Beziehung zu ersetzen sind.

4.2.3. Veränderung durch Beratung?

Die Frage nach dem Fortschritt, nach der Bewegung ist uns geläufig aus der Arbeit mit Jüngeren, muß jedoch bei älteren Klienten anders gestellt werden. Das Problem liegt dann eher beim Berater, mit seinen eigenen

---

[190] Radebold u.a. gehen so weit zu sagen, ein jüngerer Helfer sei zur Hilfe in Trauersituationen oder bei Krankheit erst in der Lage, wenn er selbst habe "Trauerarbeit" leisten müssen; s. Radebold u.a., a.a.O., S.133

Zielsetzungen und Resignation umzugehen. Fehler des Jüngeren ist häufig, daß zu Anfang der Beratung Ziele gesetzt werden, die mehr von ihm ausgehen als vom Betroffenen, das jedoch nicht bemerkt wird, da der Ältere zustimmt (z.B. um ihn nicht zu verlieren, um dem Jüngeren zu behagen). Letztendlich kann in der Umsetzung der gesteckten Ziele nur das erreicht werden, was der Ältere selbst will und wozu wirklich Motivation vorhanden ist, denn häufig sind für ihn größere Hürden zu nehmen als für einen Jüngeren. Problem ist weiterhin, daß Wollen und Können häufig auseinanderklaffen; bei der Verarbeitung des Verlusterlebnisses kann der Berater Hilfestellung geben.

Veränderung an sich kann bereits mit Angst erlebt werden. Der Ältere fühlt sich zwar sehr unglücklich in seinem Zustand, hat aber genauso Angst vor einer Veränderung seiner Lebenssituation, obwohl sie Verbesserung brächte.

Veränderung der Situation und der psychischen Befindlichkeit ist also nicht in jedem Falle möglich; die Bedingungen müssen sorgfältig bestimmt werden. Berater und Älterer müssen sich einrichten auf eine "Politik der kleinen Schritte": der Fortgang ist nicht so schnell, häufig nicht so weitreichend, häufig auch mühsam[191]. Dennoch braucht es nicht nur um "individuell brauchbare Anpassung an eintretende oder eingetretene Veränderungen"[192] zu gehen: auch der Ältere

---

[191] Reiter/Strotzka, a.a.O., S85, schlagen deswegen vor, in der Arbeit mit Jüngeren einen gewissen Ausgleich zu suchen. Sie weisen auf den Fehler hin, bei Enttäuschungen aus Gründen der Entlastung die Störung als organisch zu interpretieren.

[192] s. Radebold u.a. 1981, S.120

kann neue Verhaltensweisen aufbauen. Dabei übernimmt der Berater wesentliche Stützfunktion[193].

4.3. Zentrale Fragestellungen

Zwei Themenkomplexe sollen durch die Analyse der vorliegenden Beratungstransskripte abgedeckt werden:

I Welches sind - gegenüber Jüngeren - die Themen, die von älteren Erwachsenen in die Beratung hineingetragen werden? Dies beinhaltet die Frage nach der biographischen Bedingtheit der jeweiligen aktuellen Lebenssituation.

II Wie muß Beratung gestaltet sein, die diesen besonderen Themen und psychosozialen Schwierigkeiten gerecht werden will? Erweist sich das vorgestellte Konzept als schlüssig?

En detail werden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Die aktuelle Lebenssituation des Älteren wurde durch nicht nur individuelle, sondern auch soziale Faktoren bestimmt umrissen. Erst die Perspektive auf das Lebensumfeld plus Einzelberatung geben Aufschluß über die Verschränkung von individuellen und feldabhängigen Einflußgrößen. - Inwiefern kann durch "psychosoziale Beratung" an sozialen Bedingungen Veränderung bewirkt werden? Wie stellt sich das Verhältnis: Einzelberatung - umfeldorientierte Sozialarbeit dar?

2. Vor- und Nachteile der an der Alltagswelt der Adressaten orientierten Beratungsarbeit wurden erörtert. - Es soll genauer gefragt werden nach den Determi-

---

[193] selbstverständlich muß nach Störungsbildern differenziert werden; z.B. bei chronifizierten Erkrankungen mit sekundärem Krankheitsgewinn sind die Chancen für eine Besserung gering.

nanten für Nähe oder Distanz zum Lebensumfeld der Betroffenen: in welchen Fällen bietet sich Aktivität "vor Ort" an, in welchen erwies sich die Beratung in der Stelle als vorteilhaft?

3. Die Widerstände von Therapeuten, mit Älteren in einen therapeutischen Prozeß einzutreten, wurden beschrieben. Als Gründe werden die Unflexibilität und das Unvermögen zur Verhaltens- und Einstellungsänderung angegeben. Dagegen bieten die "kognitive Theorie des Alterns" und der Ansatz des "locus of control" eher die Aussicht auf mögliche Umtrukturierungen beim Älteren. - Welche Determinanten bestimmen mit, ob durch Beratung Einstellungs- und Verhaltensänderung erfolgt? Von welchen (persönlichkeitsspezifischen) Faktoren hängt weiterhin ab, ob aufdeckende, konfliktverarbeitende Beratung möglich ist?

4. Kann - angesichts der beschriebenen Kumulation von Problemen bei Älteren und ihres langen Zögerns, eine Institution aufzusuchen - durch Beratung erreicht werden, daß eine Problemlage zur "Lösung" kommt? Müssen wir in vielen Fällen nicht nur mit "Besserung" rechnen?

5. Die beziehungsmäßige Konstellation älterer Klient - jüngerer Berater, wie sie im vorliegenden Beratungsmaterial gegeben ist, wurde umrissen. - Welche Art von Beziehung erweist sich in den vorgestellten Beratungen als konstruktiv für den Beratungsverlauf? Wie konstituieren sich gegenseitige Erwartungen in der Interaktion? Können die jeweiligen Beziehungen zufriedenstellend für beide Seiten zu einem Abschluß gebracht werden?

6. Beratung als für den Älteren ungewohnte Form der Problemlösung wurde erörtert. In Beratung kommen sonst meist jüngere, das Psychologisieren und

Sprechen über Probleme gewohnte Menschen. - Setzt Beratung nicht die "sprachfähige Therapie-Person" voraus? Können sich älterer Klient und jüngerer Berater in einer gemeinsamen "Diskurswelt"[194] treffen? Was impliziert begrenzte sprachliche Fähigkeit für das beraterische Vorgehen?

7. Der biographische Aspekt als determinierend für die Alterssituation wurde hervorgehoben.
   Ist die bestehende Konfliktsituation als Zuspitzung einer "Lebensbefindlichkeit" anhand biographischer Details, wie sie in Beratung mitgeteilt werden, kenntlich zu machen? Lassen sich "Brüche" in der Biographie als Auslöser für aktuelle Probleme herausfiltern?

---

194 Zum Begriff der Diskurswelt s. Flader, D./ Grodzicki, W.-D., Die psychoanalytische Deutung - eine diskursanalytische Fallstudie in: Flader/ Grodzicki/Schröter, K. (Hrsg.), Psychoanalyse als Gespräch, Fankfurt 1982, S.175. - Flader/Grodzicki unterscheiden die Diskurswelt "psychoanalytisches Gespräch" von der Diskurswelt "Erfahrungen des Klienten"; die letztere umfaßt all das, was der Klient an gemachten Erfahrungen in den Diskurs einbringt bzw. was der Therapeut thematisiert.

5. Beratungsgespräche und Interpretationen

5.1. Im Altenheim "alt" geworden: Frau A., 50 Jahre alt

Frau A. kommt aufgrund eines Informationsblattes, das sie bei einem Altenclub-Besuch erhalten hatte, zur Beratungsstelle. Sie klagt über Schwierigkeiten mit einer neuen Stationsschwester des Altenheimes, in dem sie bereits über fünf Jahre lebt. Am stärksten an Frau A. fallen ihre Sprachschwierigkeiten auf. Sie kann sich nur schwer verständlich machen, spricht - ähnlich einer motorischen Aphasie - in Wörtern oder Wortteilen, dazu undeutlich und in breitem Dialekt.

5.1.1. Lebensgeschichte/ Anamnese

Frau A. ist als eines von sieben Kindern in ländlichem Gebiet aufgewachsen. Sie erhält, wahrscheinlich aufgrund der materiellen Lage der großen Familie, keine Berufsausbildung. Sie wird Hausangestellte und arbeitet in mehreren Familien als "Mädchen für alles". Gelegentlich arbeitet sie als Wäscherin. Hat sie vorübergehend keine Möglichkeit zum eigenen Broterwerb, hilft sie zuhause bei der Feldarbeit.

Bei der letzten Familie in X., wo sie längere Zeit arbeitet, kommt es zu einem unseligen Ereignis, von dem Frau A. nur noch wenig weiß: Frau A. steht nachts auf, da sie meint, das Kind der Familie zu hören; sie geht zum Kind, worauf (so wird es später von den Eheleuten berichtet) sie das Kind in irgendeiner Weise bedroht haben muß. Frau A. wird im Verlauf der folgenden Auseinandersetzung mit dem Vater bewußtlos und wird in die Nervenklinik eingeliefert. Ob sie eine Art psychischen Schock oder einen Schlaganfall erlitten hat, bleibt ungeklärt. Bei Recherchen der Beratungsstelle ergibt sich, daß die Meinungen des behandelnden Arztes und des Arztes in der NK über diesen Punkt auseinander-

gehen. In einer früheren Arbeitsstelle von Frau A. muß es schon einmal zu einem körperlichen Zusammenbruch mit Sprachausfällen gekommen sein. Ob dies ein erster Schlaganfall war, bleibt ebenfalls offen.

Kommt in den ersten Beratungsstunden das Gespräch auf dieses Ereignis in ihrer letzten Arbeitsstelle, wird Frau A. aufgeregt und wirkt verstört. Sie kann sich anfangs an sehr wenig erinnern. Was sie allerdings im Gedächtnis behalten hat, ist die erste Nacht in der NK, die sie im Raum mit einer sterbenden Patientin verbringen mußte. Von der diensttuenden Schwester wurde ihr verweigert, das Zimmer zu verlassen.

Folgen des Ereignisses sind: Frau A. hat im sprachlichem Bereich Ausfälle. Ist sie aufgeregt, kann sie sich kaum mehr verständigen. Ihr Auffassungsvermögen erscheint begrenzt - wie das vor dem "Schlaganfall" war, läßt sich nicht mehr feststellen. Es ist vorstellbar, daß sie auch davor schon intellektuell als schwach begabt gegolten hat. Es wird nach Berichten zudem schon während des Aufenthaltes in der NK deutlich, daß sie nicht wieder in Familien würde arbeiten und auch nicht allein würde leben können. Die Sozialarbeiterin der NK und eine Schwester von Frau A. bemühen sich um eine alternative Lebensmöglichkeit für sie nach Klinikaufenthalt. Im Raum Y. - in dem Frau A. bleiben soll, da ihre Schwester hier inzwischen eine Stelle angenommen hat - kommt schließlich nur ein Altenheim als Unterbringungsort in Frage.

Da Frau A. von Kindheit an sehr religiös ist und sich an eine Glaubensgemeinschaft angeschlossen hat, kommt ihren Lebensgewohnheiten das von Nonnen geführte Altenheim, in dem sie einen Platz bekommen kann, entgegen. Sie wird ausdrücklich unter der zusätzlichen Bedingung aufgenommen, daß sie bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten helfen darf. Die Abmachung scheint jedoch

von folgenden Stationsschwestern nicht eingehalten zu werden. Frau A. rutscht so über die Jahre ihres Aufenthaltes im Heim immer mehr in die Befindlichkeit und Lebenssituation eines alten Menschen hinein, obwohl sie bei Aufnahme ungefähr 43 Jahre alt ist.

Als Frau A. sich an die Beratungsstelle wendet, ist sie seit 6 1/2 Jahren invalidiert und lebt seit 5 1/2 Jahren im Altenheim. Von psychophysischen Gegebenheiten bzw. der Anhäufung körperlicher Behinderungen kann sie tatsächlich als alter Mensch gelten: abgesehen von ihrer sprachlichen Behinderung hat sie ein Hüftgelenkleiden (Schwerbehinderten-Ausweis); sie hört schlecht (sie trägt ein Hörgerät; wie viele alte Leute schaltet sie es unterwegs, z.B. wenn sie in die Stadt geht, ab, um die Batterie zu sparen, kann also dann von anderen nicht mehr angesprochen werden); sie sieht außerdem sehr schlecht. Während der ersten Jahre ihres Heimaufenthaltes wird sie von einem Psychiater ambulant behandelt. Im Zeitraum ihrer Besuche in der Beratungsstelle ist sie bei einem homöopathischen Arzt in Behandlung.

Frau A. ist regelmäßige Besucherin eines Altenclubs - eine weitere Folge des Heimlebens, wo praktisch nur Informationen über Alten-Aktivitäten die Bewohner erreichen. Auch materiell ist sie auf den Status eines Altenheimbewohners festgelegt: sie hat als Sozialhilfeempfängerin den üblichen monatlichen Betrag an Taschengeld. Die Beraterin schätzt Frau A. beim ersten Besuch auf runde 20 Jahre älter - was aufgrund der manifesten Behinderungen und statusentsprechender Kleidung nicht weiter verwundern dürfte.

5.1.2. Die Problematik aus Sicht der Beraterin

Die Beraterin sieht die Problematik über die Auseinandersetzung mit der Stationsschwester hinaus in der Kontaktproblematik Frau A.'s überhaupt. Diese zu beheben bedingte eine Verbesserung auch der sprachlichen Fähigkeiten; des weiteren in einer Verminderung des Selbstwertgefühls bei Frau A., ausgelöst durch ihre Lebensumstände; sie ist durch ihre verschiedenen Behinderungen als Gesprächspartner sicherlich nicht gesucht; sie hat abgesehen vom Personal nur mit alten Menschen Kontakt und fühlt sich nicht akzeptiert. Sie sucht jemanden, der sie annimmt, so wie sie ist, und zu dem sie ein unbefangenes emotionales Verhältnis haben kann. - Auf der anderen Seite scheint Frau A. selbst zu ihrer kontaktarmen Situation beizutragen (nach Aussagen von Heimmitarbeitern): sie verhält sich Mitbewohnern gegenüber häufig sehr aggressiv. Frau A. selbst erklärt das so, daß sie durch ihre Schwerhörigkeit öfter nicht mitbekomme, wenn sie jemand anspreche, zusammenfahre, wenn ihr jemand daraufhin auf die Schulter klopfe, und aus dem Erschrecken heraus heftig reagiere. Nach Einblick der Beraterin in Frau A.'s Reaktionsweisen wird sie auch immer dann aggressiv, wenn sie sich nicht akzeptiert fühlt oder sie sich nicht durchsetzen kann. Ebenso häufig wie sie aggressive Verhaltensweisen an den Tag legt, ist zu beobachten, daß sie sich als Reaktion auf die für sie unbefriedigende soziale Situation zurückzieht. Eine Rückzugsmöglichkeit, auch noch zu Zeiten der Beratung, ist die Kirche, wo sie offenbar Rückhalt findet.

Als Ziel der Beratung formuliert Frau A. die Lösung des Problems mit der Stationsschwester. Dann möchte sie, daß "meine Gedanken sich in meinem Kopf ordnen" - es sei alles so durcheinander. Auch spricht sie davon, die Beratungsstelle solle ihr "über die Brücke

hinweghelfen": der Hinweis auf die von ihr unbefriedigend erlebte Lebenssituation.
Von der Beraterin wird - quasi als Voraussetzung für die Bearbeitung jeden weiteren Problembereichs - eine aufbauende Sprachtherapie für nötig gehalten. Bei Rücksprache mit dem Hausarzt, der Hals-Nasen-Ohren-Klinik und der Krankenkasse ergibt sich, daß von allen Frau A.'s Sprachfähigkeit für irreparabel gehalten wird. Die Beraterin wendet sich daraufhin noch an einen privat praktizierenden Sprachtherapeuten. Er lehnt jedoch ab, jemanden in diesem Alter noch zu behandeln (!)(Sicherlich ist richtig, daß Chancen für den Erfolg einer Sprachheilbehandlung am ehestens in den ersten zwei Jahren nach Auftreten der Störung bestehen). Aufgrund der auftretenden Hindernisse und der bei allen Stellen schlechten Einschätzung des Zustandes von Frau A. wäre das Ziel, Frau A. so weit zu verbessern, daß sie eine Arbeitsstelle annehmen und das Altenheim verlassen könnte, unrealistisch. Klientin und Beraterin sprechen als Themen, die gemeinsam zu verhandeln sind, ab:

1. sprachliche Fähigkeiten fördern; Frau A. klarmachen, daß sie so bessere Kontaktmöglichkeiten gewinnt;
2. die Situation im Heim klären; bewirken, daß Frau A. wieder Aufgaben übertragen werden;
3. Frau A.'s Aggressivität mildern;
4. neue Kontaktmöglichkeiten erörtern.

5.1.3. Verlauf der Beratung

Die Beratung dauerte ungefähr ein Jahr. In dem Zeitraum fanden ca. 30 Stitzungen statt, meistens von einer Stunde Länge. Die intensivere Phase - außerdem die Phase mit den regelmäßigeren Treffen - liegt in der ersten Hälfte des Jahres. In der zweiten Hälfte kam Frau A. nur noch vierzehntätig zur Beratung. Die Beraterin bemühte sich, Termine mit größeren Zwischen-

räumen zu vereinbaren, um so allmählich eine Ablösung von der Beratung zu erreichen. Außerdem intensivierte Frau A. in dieser Zeit ihre Beziehung zu einer weiteren Schwester in ihrem Heimatort.

Die ersten Stunden sind bestimmt durch Frau A.'s Sprachproblem und den daraus resultierenden Schwierigkeiten der Beraterin, sich in ihren Sprachmodus hineinzufinden. Ziele für die weitere Arbeit abzusprechen - wie bei der Beratungsarbeit mit Erwachsenen sonst möglich und üblich - ist unmöglich. Frau A. möchte abladen, möchte erzählen von ihren Schwierigkeiten im Heim. Versucht die Beraterin zu strukturieren, versteht sie es nicht mehr - sicherlich eine Frage des Intellekts, aber außerdem wohl ihre persönliche "Masche", bei ihr unbequemen Themen sich aus der Affäre zu ziehen. Wichtig ist für sie in der Anfangsphase der Ort "Beratungsstelle", etwas, das sie für sich hat, mit niemandem teilen muß und wovon die Schwestern im Altenheim nichts wissen - ein verständlicher Wunsch nach Privatheit und eigenem Entscheidungsbereich.

5.1.3.1. Stärken der sprachlichen Fähigkeiten

Nach vergeblichen Erkundigungen bei verschiedenen Stellen wegen einer Sprachheilbehandlung muß innerhalb der Beratung auf verschiedenen Wegen versucht werden, die Verständlichkeit von Frau A. und ihre verbalen Ausdrucksmöglichkeiten zu verbessern.

Als ein Ausweg bzw. Umweg um die nur sprachliche Interaktionssituation bieten sich andere kreative Methoden an: die Beraterin wählt die der Collagenherstellung. Frau A. kann zuhause bereits einzelne Bildteile sammeln, die ihr besonders gefallen oder für sie Bedeutung haben. Die erste Collage wird gemeinsam in der Beratungsstelle hergestellt. Es macht Frau A. so viel Spaß, daß sie daraufhin auch im Heim welche herstellt. Haben die

beiden ein fertiges Bild vor sich liegen, wird Frau A. aufgefordert, zu beschreiben bzw. dann auch zu erklären, was sie zusammengestellt hat, was es für sie für einen Sinn ergibt. - Die Methode verbindet einige Vorteile:

1. Frau A. hat etwas vor sich liegen, was konkret ist; sie kann beschreiben, was sie sieht - es geht weniger um abstrakte Dinge oder gar so schwierige Gebiete wie das Sprechen über ihre Befindlichkeit;
2. sie kann im Heim zwischen zwei Beratungsstunden etwas tun; auf diese Weise stellt sich eine Kontinuität her: auch wenn die Beraterin nicht da ist, kann sie etwas "für sie" tun, der Rückhalt der Beratung ist dadurch präsent; das Tun erhöht die Vorfreude auf die nächste Stunde;
3. die Herstellung eines "Produktes" stärkt das eigene Selbstwertgefühl.

Die Motive von Frau A.'s Collagen sind anfangs christlich; ihre Bilder zeigen Heilige oder Kirchen mit Landschaft. Obwohl Frau A. zu diesem Zeitpunkt das Besprechen der Bilder noch schwer fällt, kommt sie auf ihre starke Verbundenheit zu der christlichen Gemeinschaft zu sprechen: Daß dies der Ort sei, an den sie immer gehe,wenn es ihr schlecht gehe, da könne sie sprechen und auch weinen. Später zeigen sich in Collagen, die sie fertig in die Beratung mitbringt, immer häufiger Familienmotive.Anhand einer solchen "Familie" kommen Beraterin und Klientin auf das Ereignis in der letzten Arbeitsstelle von Frau A. zu sprechen, das letztendlich zur jetzigen Lebenssituation geführt hat. Frau A. fallen wieder Details aus dieser Zeit ein - sie hatte das alles ja nach Aussagen der NK vergessen. In einer späteren Beratungsstunde kommt die Beraterin nochmals auf das Thema zurück:

Szene 1

B Ah....war der....das was wir gerade besprochen haben, daß es manchmal durch Ihren Kopf Schwierigkeiten gegeben hat, war das auch der Fall in der Familie, von der Sie mir mal die Fotos gezeigt haben? .... Wo die Frau Sie gar nicht verstanden hat?

Können Sie sich erinnern?.... Die den kleinen Jungen hatten... Und wo der Mann Sie mal geschumpfe hat, weil Sie die Heizung ausgelassen haben.

F Jetzt kommt mir des....

B Wissen Sie, welche Familie ich meine?

F Privathaushalt....

B aja. Wissen Sie, wo Sie die Bilder haben.... da haben Sie Fotos von.... wo Sie oben gewohnt haben...

F oben.... und die war....und Familie war unten.

B Ja, genau, das mein ich. Hats da auch machmal Schwierigkeiten gegeben mit denen?

F Ja...aber...nicht so stark! Er war.. sie war fort, hab' ich den Haushalt gemacht... hab ich müssen gucken wie ich durchkomm...tu'sch des mache, tu'sch sell mache, nachher kommet se wieder.

B Aber...kam es nicht auch durch Ihr Verhalten zu dem Streit am Schluß, wissen Sie, von dem Sie mir erzählt haben? Sie haben mir doch erzählt, daß der Mann Sie mal gerufen hat und Sie ausgeschimpft hat? ... Kann das sein, daß das so eine Entwicklung war, daß die Frau sich vielleicht schon vorher ein paar Mal über Sie geärgert hat und Sie dann auch Ihren Kopf so ein wenig durchgesetzt haben?

- Pause -

F Kann i mi so gar nimmer entsinne! War nur ne kurze Zeit!

B War es nur eine kurze Zeit?

F Ja. 1 1/2 Monate.

B Sie waren überhaupt nur 1 1/2 Monate dort?

F Ja! Dezember! An meinem Geburtstag war ich schon krank.

B Wie sind Sie damals noch mal krank geworden? Jetzt weiß ich's gar nimmer so genau. Wie isch denn das passiert?

F I woiß aber .... des war schwer... i han denkt i muß - i muß abends einschalten - morgens aus (B:hm)..... (Pause) In der Nacht runtergegange und hab die .... (?) evtl. Heizung ausgemacht

- Störung, klopft jemand an die Tür -

B Sie waren gerade dabei zu erzählen, wie das war... Wissen Sie noch, wo wir stehengeblieben sind? Sie waren gerade dabei zu erzählen, wie Sie runtergegangen sind

F Scho (??)..... war scho krank, wie i dort geschafft han!

B Und wie gings dann weiter?

F Und... samtags frei gehabt. Käthe kumme, hat mi geholt.

B Aber wann isch des passiert, daß Sie krank geworden sind, das war am Freitag?

F Woiß nete...woiß i nete... was fürn Tag war.

B Das ist ja auch eigentlich nicht so wichtig. Aber wie war es: Sie sind nachts damals runtergegangen ... oder wie war das?... Und da isch dann was passiert oder...

F war unten..... hat er.... er hat mich..... sie war draußen. Und dann, Ingrid, hab' nichts schwätze könne, gar nicht mehr. Nur zuhören, und dann einen Schock kriegt.

B Und wissen Sie noch genau was er zu Ihnen gesagt hat genau?

F Heizung anmachen und ausmachen. Um was es sich alles gedreht hat, weiß ich nimmer.

B Wissen Sie nimmer. Was sonst noch war, wissen Sie nimmer.

F Ja.

B Wissen Sie noch, wie Sie sich damals gefühlt haben, als Sie das gehört haben?.... Also was Sie empfunden haben..... Die Vorwürfe, waren Sie gerechtfertigt?

F Woiß i nimmer. Woiß i gar nimmer. Isch lange Zeit her. I., so viel, drum drum und daheim wieder, no...

B Sie kamen doch dann nach diesem Schock in die Klinik.

F ..... daheim.....Doktor hat mi denn....Horber Krankenhaus tue... 8 Tag oder 14 Tag war i dort.

B War des direkt nach der Arbeitsstelle dort, wo Sie 1 1/2 Monate waren, oder war des ne andere Krankheit?

F Noi (klingt gequält)....(Pause)....nemme war i Horber Krankenhaus...ankumme...woiß i nete...war do.. glaub im März....nachher... oben...i muß heize... i oben und Herr Renz war in ihrem Zimmer unten!.... und...nachher gesagt... du warsch heute nacht auf! .... no han i gsagt: i han gschürt! ein Brikett neitue...swar kalt....nachher glaub i.... isch se eigschlafe (??)... wars scho Tag isch se aufgwacht worde... aus dem Bett... gwäsche... Klo... und ganz dumm war mer... eppes erledige... bald kumme ... swar merganz schummrig... i woiß net was war... es war mer gar net wohl.... i han well telefoniere..

B Das war das erste Mal gewesen, das Ihnen so komisch war, oder? Oder das zweite Mal?

F Zweite Mal.... Glaub i, Ingrid, erste Mal hab ich's im Krankenhaus Rottweil kriegt, das zweite Mal in Privathaushalt kriegt.

B Und das dritte Mal zuhause bei der Therese?

F Nein! Privathaushalt!

B Ah, das war also auch im Privathaushalt, was Sie grad erzählt haben, mit der Therese da.

F Ja! Ja!

B Aha, hm. Und inzwischen kams nochmal vor? Isch des inzwische mal wieder passiert, daß Ihnen so schummrig war?

F (brummt).... im April! gfalle bin!

B Aber... war des genauso wie die ersten beiden Male oder nur weil Sie gfalle sind?

F .... aber der Kopf war ganz... vom Falle

B ja, vom Fallen wahrscheinlich. Aber die ersten beiden Male sind Sie ja net gfalle.

F Nein.

Frau A.'s Erinnerungsvermögen an die einschneidenden Ereignisse ist anfänglich schwach. Die Beraterin hilft ihr mehrfach "auf die Sprünge", bis sie sich wieder an Einzelheiten erinnert. Ihr fällt ein, daß sie den Haushalt hat "schmeißen" müssen, daß sie in der Hausarbeit auf sich gestellt war. Daß sie nachträglich stolz darauf ist, wird deutlich in der Formulierung: "hab ich müssen gucken, wie ich durchkomm!". - Durch die Störung an der Tür kommt sie vom Thema ab bzw. vermengt sie in der Erinnerung verschiedene Ereignisse: sie spricht im folgenden von dem zweiten Vorfall, wo es in dem Privathaushalt zwischen ihr und dem Hausherrn zu einer Auseinandersetzung kam: sie war auf dem Wege, etwas zu tun, was sie (in ihrer Erinnerung) für richtig und so wichtig hielt, daß sie dafür nachts extra aufstand. Der Hausherr muß sie gehört haben und stellte sie nachts auf der Treppe zur Rede. Was er ihr vorwarf, weiß sie im Einzelnen nicht mehr; sie erinnert sich jetzt nur, wie das war, als sie plötzlich nicht

mehr sprechen konnte. Wie sehr sie das berührt haben muß, wird daran deutlich, daß sie die Beraterin an dieser Stelle beim Namen nennt, sie anspricht, um ihr die Bedeutung des Ereignisses eindringlich nahe zu bringen. Dies kann nur bruchstückhaft gelingen, da ihr hier in der Aufregung wichtige Wörter entfallen, die die Situation erklären könnten; sie kann sich schlichtweg nicht verständlich machen. - Die Beraterin fragt daraufhin nach, wie Frau A. sich gefühlt hat. Nach kurzem Zögern scheint sie sich doch an einiges mehr erinnern zu können. Sie spricht erstaunlich lang, mit großen Pausen. Es entsteht der Eindruck, daß sie das damals Erlebte in Beratung nachvollzieht. Für Frau A., die sich an Monate ihres Lebens nicht zu erinnern vermochte, eine erstaunliche Leistung! Zu fussen scheint die Rückerinnerung auf der intensiven Beziehung, die zwischen Beraterin und Klienten inzwischen entstanden ist. Ausdruck dafür ist, daß Frau A. die Beraterin von sich aus beim Vornamen nennt. Durch das gefaßte Vertrauen kommt die nachdenkliche und ruhige Stimmung auf, in der sie sich, wenn auch bruchstückhaft, in ihre damalige emotionale Befindlichkeit zurückversetzen kann.

Das Sprechen über das damals Erlebte hat entlastende Funktion. Wenn Frau A. sich auch nicht mehr erinnern konnte, wußte sie doch, daß etwas vorgefallen war, das maßgeblich zu ihrer aktuellen Lebenssituation beigetragen hatte. Sie erinnert sich an die Episoden ihrer Berufstätigkeit und Selbständigkeit, in denen es ihr gut gegangen war. Die Beraterin benutzt dies später zum Anstoß neuer Aktivitäten.

Frau A. hatte sich selbst dahingehend geäußert, daß sie gerne etwas tun würde, um die sprachlichen Behinderungen zu verbessern. Es wird daraufhin in der Beratungsstunde jeweils kurze Zeit gelesen, wozu sie selbst die Texte aussucht. Da Frau A. es ausgesprochen gern

tut, wird sie aufgefordert, auch zuhause jeden Tag zu üben. Beide konstatieren bald, daß Frau A. Fortschritte macht. Das Lesen wird bis auf wenige Stunden als ein Element der Beratung beibehalten. Die Beraterin sucht auf Dauer die Texte aus, da Frau A.'s Lesestoff nur auf christliche Geschichten beschränkt ist. In einer Stunde nach über einem halben Jahr Beratung sprechen die beiden über Frau A.'s Konzentrationsschwierigkeiten und ihren Eindruck über die eigenen Fortschritte:

Szene 2

F I.,.....gern reden tu ich, aber konzentrieren schwer.

B Hm. Hat es denn was genützt, daß wir beide uns unterhalten? Geht es denn ein bißchen besser?

F Wir beide - besser. Mit anderen - schwerer. Weil wir beide miteinander gut verstehen. Andere verstehen mich schlechter...

B Ja, das stimmt. Weißt Du, man gewöhnt sich mit der Zeit auch an Deine Art, die Sachen auszusprechen. Nur dauert es ziemlich lang, bis man Dich versteht.

F Ja.

B Und da mußt Du auch Geduld, viel Geduld mitbringen, den anderen gegenüber!

F Wenn i dohoim bin, meine Schwestern - isch guet! Aber wenn i in Ergenzingen bin, schon schwerer!

B Also Du bringsch auch Geduld mit, daß andere sich an Dich gewöhnen können. Das dauert eben länger als bei anderen Leuten. Verstehsch wie ich des mein?

F Ja.

B Wenn man sich mal eingehört hat, dann gehts auch leichter...gut.... Machen wir für heute schluß.... machen wir noch einen Termin ab, ja?

Frau A. spricht von sich aus an, daß es die Beziehung zur Beraterin möglich macht, daß sie sich verstanden fühlt. Auch hätte sie am Anfang der Beratung nicht sagen können, daß ihr Reden Spaß macht: Damals war sie durch ihre Behinderung so gehandicapt, daß sie in der Interaktion mit anderen keine guten Erlebnisse hatte und auf aggressives Verhalten umschaltete. Allerdings

betont sie, daß es mit anderen schon schwieriger sei als mit der Beraterin. Diese kann auch bestätigen, daß das stimmt, ohne Frau A. zu verletzen. Sie macht ihr klar, wie es ihr selbst ging mit der Gewöhnung an Frau A.'s Sprechweise, als Beispiel, wie es anderen Leuten im Umgang mit ihr auch gehen wird. Die Geduld war ja Frau A.'s schwacher Punkt: fühlte sie sich unverstanden oder ignorierten andere sie aus Unsicherheit, wurde sie rabiat.

Wie sie sich im Heim häufig verhalten hat, wird der Beraterin verständlich an einer kleinen Szene, die Frau A. und sie in der Beratung nachspielen und Frau A. vormacht, wie sie sich verhalten hat: sie will mit einer Mitbewohnerin, die gerade Zeitung liest, ins Gespräch kommen. Als diese nicht reagiert, rempelt sie sie in ihrer Wut solange an, bis andere Bewohner sie wegziehen. Die Beraterin macht klar, daß sie sich auf diese Weise keine Sympathien erwirbt, daß durch bessere Sprachfähigkeit sie andere, eher geduldete Möglichkeiten zur Auseinandersetzung erwirbt.

3.1.3. Auch eine andere Hausaufgabe soll auf Frau A.'s Aggressivität und ihren "Eigensinn" hinführen und ein Gespräch darüber möglich machen: sie bekommt zweimal die Aufgabe, Eigenschaften, die für sie typisch sind, aufzuschreiben, das erste Mal "gute", das zweite Mal "schlechte". In der Beratungsstunde soll besprochen werden, in welchen Situationen ihres Alltags diese Eigenheiten nützen oder stören. Folgende Szene ("gute Eigenschaften") zeigt, daß die Aufgabenstellung fast eine Überforderung darstellt:

Szene 3

B Solln wir mal schauen, was Sie da mitgebracht haben? Das war das, was Sie aufgeschrieben hatten. Legen Sie es grade mal hin, dann kann ichs mitlesen. Lesen wirs grade mal!

F (Atmet schwer, liest nicht)

B Erklären Sie grade mal, was Sie aufgeschrieben haben?

F Abgeschrieben von der Tafel!

B Hm, das da. Und das da oben? (Pause) Wir hatten doch geschrieben letzte Stunde: ich bin gottesfürchtig.

F Ja! (lange Pause) Schwester Maria... Schwester Maria... gestern abend glaub ich noch Dienst gehabt. Neune bin i runter...äh...aufgemacht mein Zimmer... Sr. Maria... stupft mi immer, alleweil, alleweil, alleweil da!

B Stupft Sie immer?

F Ja!... die isch frech... aber, Sr. Maria... Ruhezeit

B Aha, es war Ruhezeit im Heim. Um wieviel Uhr war denn das?

F Viertelzehne...

B Ach, abends... Und was haben Sie gemacht wie Sr. Maria Sie gestupft hat?

F Nichts

B Haben Sie Angst gehabt vor ihr?

F Gottesfürchtig! Opferwillige Liebe!

B A ja, das ist etwas zweites, was Sie aufgeschrieben haben.

Frau A. hat Eigenschaften von sich aufgeschrieben (oder abgeschrieben), die ihre religiöse Gebundenheit betreffen. Sie kommt dadurch selbst auf eine der Ordensschwestern im Altenheim, auf eine Situation, wo sie offenbar von dieser Sr. Maria öfter belästigt wird. Auf deren kleine Bosheiten hin wird sie aber nicht rabiat, was sie, kann man den Berichten der Schwestern glauben, bei einem anderen Heimbewohner - einer ihr gleichgestellten Person - sicherlich geworden wäre. Hier hat sie offenbar jedoch Scheu vor der Schwester, die für sie kirchliche Unantastbarkeit repräsentiert.

Das Sprechen über Eigenschaften führt über Sprachtraining hinaus, macht Berichte über Situationen im Heimalltag oder über Begegnungen mit anderen möglich, die Frau A. zu schaffen machen.

Ähnlich verläuft ein Gespräch, als Frau A. "schlechte" Eigenschaften von sich hat aufschreiben sollen:

Szene 4

B Sie haben gerade "eigensinnig" als eine Ihrer nicht so guten Eigenschaften genannt?

F Ja. Hab' schon immer eigenen Kopf gehabt.

B Wie isch denn des jetzt im Polloni-Heim?

F Im Polloni-Heim ite....

B Warum ist das im Polloni-Heim so arg?

F ...Altenheim... da isch Sr. Pia....

B Wie war das denn mit Arbeitgebern, früher? Hat es da auch Schwierigkeiten gegeben mal? Daß Sie Ihren eigenen Kopf durchgesetzt haben?

F In Rottweil ...Sr. B. manchmal gsagt!

B Das war im Krankenhaus, was Sie da sagen, gell!

F Krankenhaus (schwieriges Wort für sie, spricht sie langsam, bestätigend nach)

B Hat es öfter dadurch Schwierigkeiten gegeben?

F Ja! (lacht)... i han denkt: ein stiller Mann isch ruhig. (lacht wieder)

B Wie bitte?

F I han denkt: ein stiller Mann ist ruhig.

B Da haben Sie nichts gesagt, dann?

F I han denkt ...aber net gsagt!

B Ach so, ja! (F lacht hellauf)
Das heißt, Sie haben eigentlich eine andere Meinung gehabt, haben sie aber für sich behalten und nichts gesagt, ja?
(F lacht, antwortet nicht, B spricht weiter)
Und dann haben Sie nachher doch gemacht, was Sie wollten?

F (lacht) Scho!

In der Szene kann Frau A. einmal ihre Verschmitztheit an den Tag legen, wenn sie ausdrückt, daß sie zwar aufnimmt, was ihr gesagt wird, dann aber trotzdem handelt wie sie möchte. Sie kann ihren Spaß zwar nicht verbal äußern, auch nicht genau, wie sie sich verhalten hat - das formuliert die Beraterin quasi für sie -, aber sie zeigt durch ihr Lachen ihr Vergnügen an der

Erinnerung (sie heult wie ein Schakal). Frau. A. meint, daß im Heim ihr "Eigensinn" nicht so zur Geltung komme. Sie nennt in diesem Zusammenhang eine Schwester, zu der sie ein gutes Verhältnis hat. Ihre Einschätzung ist aktuell vielleicht zutreffend - eventuell ging der Beratungsstunde ein positives Erlebnis mit Sr. Pia voraus. Den Feststellungen der Heimleitung nach ist Frau A.'s Eigensinn, ihr bockiges Verhalten ja immer wieder Anlaß für Auseinandersetzungen. Es ist hier eine Unterlassungssünde der Beraterin, daß sie wegen der Situation im Altenheim nicht weiter nachhakt und über die Schwestern zu sprechen versucht, mit denen Frau A. immer wieder Schwierigkeiten hat.

Zusammenfassend kann formuliert werden, daß das Vorhaben der Stärkung und Verbesserung der sprachlichen Möglichkeiten direkt in die Beratung hinein führen. Neben der eher technischen Seite des Sprechen-Übens - den konkreten Alltags-Sprechnotwendigkeiten der Klientin angepaßt - stehen damit wichtige Themen aus dem Leben der Klientin im Mittelpunkt. Die Beraterin greift einzelne vermutete kritische Themen auf und setzt sich mit Frau A. darüber auseinander. Da die Klientin sich anfangs im sprachlichen Bereich unsicher fühlt, haben die non-verbalen Aufgaben (Collagen, einzelne Rollenspiele) wichtigen Stellenwert.

Das Ziel der Sprachverbesserung kann als erreicht angesehen werden. Zwar wird sie sich nicht mehr so gewandt ausdrücken können wie andere, aber sie hat selbst den Eindruck, daß es besser geht. Vor allem hat sie beispielhaft mit der Beraterin gelernt, daß es sich lohnt, sich mit Geduld und Mühe auf einen Gesprächspartner einzulassen; sie gewinnt für sie lohnenswerte Beziehungen.

5.1.3.2. Situation im Heim klären - Aktivierung

Nachdem Frau A. einige Wochen die Beratungsstelle als "Geheimnis" für sich hatte, läßt sie zu, daß die Beraterin zu einigen wichtigen Personen Kontakt aufnimmt. Es wird ihr klargemacht, daß die Situation im Heim durch Gespräche mit den zuständigen Schwestern verbessert werden könnte. Es finden in den folgenden Wochen Gespräche statt mit: der Sozialarbeiterin der Nervenklinik; der Schwester von Frau A., die am gleichen Ort als Krankenschwester arbeitet; sowie der Oberin und einer Schwester des Altersheimes. Das Gespräch mit der Sozialarbeiterin der Nervenklinik verläuft relativ unergiebig; nur bringt es Aufklärung über Frau A.'s Situation zur Zeit der Aufnahme in die Klinik. Die Klientin wird als damals so unselbständig geschildert, daß an ein Leben in eigener Regie und mit selbständiger Arbeit nicht zu denken gewesen wäre. Man sei damals schon froh gewesen, überhaupt einen Platz in einem Heim für sie zu finden.

Die Schwester spricht Frau A. selbst an. Es findet ein gemeinsames Gespräch zwischen ihr, der Schwester und der Beraterin statt. Durch die Schwester kann Aufschluß gewonnen werden über Details in der Vorgeschichte von Frau A.: auch der zweite "Schlaganfall" sei nach Meinung der Ärzte eher ein psychischer Schock gewesen. Überraschend für die Beraterin stellt sich heraus, daß die Schwester allein wegen Frau A. eine gute Stellung aufgegeben und nach Y. gekommen sei, um ihr helfen zu können. Sie schätzt den Zustand ihrer Schwester als sehr viel besser als zur Klinikzeit ein; damals habe die Schwester nur lallen gekonnt. Die Schwester formuliert als anzustrebendes Ziel für Frau A., daß sie bereit sein sollte, zu einer weiteren Schwester aufs Land zu ziehen: "Der Staat kann nicht ewig für Dich sorgen"!

Das Gespräch mit Mitarbeiterinnen des Altersheimes bringt überraschenderweise ans Licht, daß von der ursprünglichen Absprache, daß Frau A. den Schwestern helfen darf, nicht gewußt wird. Es hat dadurch den Erfolg, daß ein erneutes Versprechen gegeben wird. Schwester und Oberin klagen sehr über Frau A.: sie sei zeitweise so aggressiv, daß, sollte es sich nicht bald bessern, sie für das Heim nicht mehr tragbar wäre. Die Beraterin kann deutlich machen, wie sie aus Frau A.'s Sicht die Schwierigkeiten im Heim sieht und hat den Eindruck, etwas Verständnis für die Situation ihrer Klientin zu wecken. Insofern war besonders dieses Gespräch äußerst notwendig gewesen.

Die Gespräche mit den oben genannten Kontaktpersonen lassen die Beraterin endgültig von dem Gedanken abrücken, für Frau A. andere, selbständige Lebensmöglichkeiten außerhalb des Altenheimes zu sehen. Stattdessen wird geplant, Frau A. so weit zu aktivieren, daß sie auch innerhalb des Heimes selbständiger als bisher existieren kann und sich außerhalb einige Kontakte- und Aktivitätsmöglichkeiten schafft. Frau A. war ja, als sie in die Beratungsstelle kam, der - leider - typische Vertreter des Altenheimes gewesen: ich bin unselbständig, also lasse ich mich auch rundherum versorgen. Der folgende Gesprächsausschnitt aus den ersten Beratungsstunden soll dies verdeutlichen.

Szene 5

B Haben Sie was an den Augen?

F Woiß i nete .... scho lang

B Ist schon lange her?

F (unverständlich, dann:)... Schwester Maria muß mit mer gange.

B Sr. Maria geht mit Ihnen? Haben Sie denn...

F (unterbricht B) Käthe isch net do!

B Hm. Wo ist der Doktor? Zu welchem gehen Sie da? ... Zu welchem Doktor gehen Sie?

F Dr. Lorentz

B Zu Dr. Lorentz? Für die Augen auch?

F No!

B Und weshalb muß die Sr. Maria da mitgehen?

F Käthe isch net do, muß epper mit mer gange.

B Kommt denn immer jemand mit, wenn Sie zum Doktor gehen?

F Hm.. ite.... aber muß epper mit mer gange. Nachher... unterwegs... sprechen...muß mer mir dann sage, der Doktor hat des und des gsagt.

B Hm. Aber wenn Sie jetzt zum Dr. Lorentz gehen, dann soll der Ihnen zunächst mal ja nur ne Überweisung schreiben zum Augenarzt. Dazu bräuchten Sie doch eigentlich die Sr. Maria gar nicht. Das können Sie dem Dr.L. doch sicher auch sagen, daß Sie ne Überweisung zum Augenarzt brauchen.

F Ja aber...letsch Mal isch Sr. Maria au mit mer gange. Jo.

B Aber Sie haben doch schon mal erzählt, daß Sie auch schon allein beim Dr. L. waren.

F Hm (lacht)

B Oder net?

F Isch besser!

B Trauen Sie sich's nicht zu allein?

F Hm (lacht ganz verschmitzt) isch besser.

B Hm....isch das vielleicht auch besser, weil Sie dann jemanden haben, der Ihnen was erzählt?

F Ja! (lacht) sonst ganz allein... so isch besser, Sr. Maria mit mir.

Frau A. ist ganz raffiniert. Da sie sonst ja wenig Kontakt hat und unter den Bewohnern nicht beliebt war, verschafft sie sich auf diese Weise eine Unterhaltung, und wie sie sonst öfter sagt, "jemanden für mich allein". Andererseits läßt die Szene offen, ob nicht doch auch das Moment "Unselbständigkeit" bei ihrem Wunsch nach Begleitung eine Rolle spielt. Sie traut sich offenbar nicht zu, die Anweisungen bzw. Auskünfte des Arztes richtig zu verstehen. Außerdem ist anzunehmen, daß sie ihrer sprachlichen Behinderung wegen sich ungern an Orte begibt, wo sie niemanden gut kennt.

Die Aktivierungsbemühungen der Beraterin haben Erfolg. Es wird in der Stunde gemeinsam überlegt, was Frau A. gerne tun würde. Weil sie früher ja aktiv war in Haushaltsführung und Pflege, das aber ungelernt getan hatte, meldet sie sich an zu einem Kurs in Haus- und Familienpflege, der von der Kirche angeboten wird, und absolviert ihn erfolgreich. - Sie nimmt wieder Kontakt zu ihrer Schwester in B. auf, mit der sie sich jahrelang nicht gut verstanden hatte, und fährt wieder öfters übers Wochenende zu ihr. Sie nimmt an mehreren Seminaren der religiösen Gemeinschaft außerhalb von Y. teil, was ihr offenbar guttut.

Von sich aus initiativ wird Frau A. eines Tages, als sie einen selbst aufgestellten Stammbaum ihrer Familie in die Beratung mitbringt. Sie hat ihn speziell für die Beratung zusammengestellt.Der Stammbaum ist Ausgangspunkt für ein längeres Gespräch über ihre Familie; einmal mehr wird deutlich, wie stark sie an ihrer Familie hängt, wie sehr sie auf emotionales Eingebundensein in einen Personenkreis angewiesen ist.

5.1.3.3. Neue Kontaktmöglichkeiten erörtern/ Ablösung von der Beratung

Als die Schwierigkeiten im Heim nachlassen und Frau A. von sich aus einiges Neue außerhalb des Heimes unternimmt, schlägt die Beraterin Termine in vierzehntägigem Abstand vor. Frau A. möchte eigentlich weiterhin wöchentlich kommen; andererseits hat sie selbst so viele Termine (Geburtstage im Heim/ Fahrten zur Schwester etc.), daß sie einen richtigen Terminkalender immer bei sich führt und auch selbst öfter verhindert ist. Es wird ihr aber freigestellt, bei Bedarf doch wieder wöchentlich zu kommen.

In dieser Zeit macht Frau A. weitere Besuche bei ihrer Schwester in B. und kommt sehr zufrieden zurück: das Verhältnis zur Schwester hat sich weiter verbessert. Das hat seinen Grund auch darin, daß Frau A. sich mit

dem Schwager nicht verstanden hatte; dieser ist inzwischen verstorben, so daß die Schwester offenbar stärker auf andere Kontakte angewiesen ist. Frau A. hat vor, in Zunkunft dort wieder bei der anfallenden Arbeit (auf dem Feld) zu helfen. Was sie nicht möchte,- was ihre Schwester in Y. wünscht - ist, zur Schwester nach B. zu ziehen. Sie sagt selbst, daß sie sich im Heim viel wohler fühlt als früher. Sie geht möglichen Streitereien aus dem Weg und meint, sie käme mit den anderen Bewohnern gut zurecht, sie habe gesehen, daß man mit ihnen leben kann. Beraterin und Klientin stimmen überein, daß Frau A. an Selbstbewußtsein gewonnen hat. So muß sie nicht mehr alles auf sich beziehen, deutet Situationen positiver, in denen sie sich früher angegriffen und beeinträchtigt gefühlt hat.

Die Beraterin führt ein Gespräch über das mögliche Ende der Beratung herbei. Ihr Anliegen ist auch, mit Frau A. zu besprechen, welche anderen festen Beziehungen sie in Y. hat.

Szene 6

B Wenns Dir irgendwann mal schlecht geht, und Du lieber net komme magsch, dann kannsch auch anrufen! Meinsch daß Du telefonieren kannsch?

F Ich komm!

B Du kommst dann trotzdem?

F Ja. Besser ich komm her, als wenn ich draußen bin und heul.

- Unterbrechung durchs Telefon -

B Dann ist es für Dich immer noch wichtig, hierherzukommen?

F Ja, grad. Ja, alleweil.

B Und was erwartest Du hier?

F ..... Erleichterung!

B In welcher Beziehung, wodurch?

F (Pause) ...innerlich.. es kommt raus...wenn ich da bin ...wenn ichs rausgelassen hab', ischs mir viel wohler.

B Würdest Du noch mehr erwarten, daß Du was Spezielles kriegst, was Bestimmtes, noch was anderes als bis jetzt.. außer Erleichterung? (Pause) Oder ist es gut so?

F Glaube, es isch gut so!... wenn ich etwas han, wo i net aus noch ein weiß, daher oder in Petrus-Kirche. Isch mein ein und alles.

Ein schwieriges Thema, es wird über die Beratung und damit auch über ihrer beider Beziehung gesprochen. Frau A. ist sehr offen, sagt ganz direkt, wie wichtig ihr die Beratung (immer noch) ist. Sie kann recht gut ausdrücken, fast bildlich, auf welche Weise ihr die Beratung hilft: als Aussprachemöglichkeit, zur Entlastung, als Hilfestellung in Konfliktfällen. Sie sieht, indem sie die Beratung in gleiche Position zur Kirche bringt, allerdings nicht die weiterführenden, über die bloße Entlastung hinausreichenden Möglichkeiten der Beratung. - Die Beraterin nutzt die offene Gesprächssituation für die Frage nach dem Ende der Beratung:

Szene 6, Fortsetzung

B Isch Dein ein und alles. - Und was meinsch Du, wie des isch, wenn des irgendwann mal aufhört? - Ich mein, die Petrus-Kirche bleibt stehen, aber wir beide können ja nicht ewig zusammen sein. Ich werd irgendwann mal nimmer da sein.

F .. mal gucken... wo ich andere Partnerin krieg.

B Aha, da guckt man, wo man sich das woanders herholt, ja? Meinsch denn, das ist dann zu schaffen?

F Glaub i. Hab' schon halber eine.

B Wen denn?

F Eine Frau... dere ihre Schwester, glaub i, ihre Schwester... Tochter... Michaelsgemeinde... Sr. Oberin, glaub' ich, Michaelsgemeinde.

B Du meinsch, ihre Tochter ist bei der Michaelsgemeinde? ... Und woher kennsch Du die Frau?

F Vom Altennachmittag!

B Aja! Und die besucht Dich ab und zu?

F Andere Wohnung.... nächstes Mal weiß ichs genau!

B Du erzählst es mir dann, ja? Und mit der kannsch au gut reden?

F Ja.

B Gut. Prima!

F Heut mittag hab ich gsagt, um zwei geh ich. Frau hat gsagt, muß heut umziehen.
Die Frau hat zu mir gsagt, ihre Schwester isch im Polloni-Heim, und jetzt ziegt sie um. Glaub' ihre eigene Schwester... vermut' ihre Schwester Polloni-Heim... andere Frau fort!

B Du meinst, daß sie ihre Schwester ins Polloni-Heim gebracht hat. Und sie selbst zieht jetzt um. Auf jeden Fall hast Du die Frau kennengelernt im Altenclub und kennsch sie ganz gut jetzt.

F Ja (verlegen, lacht verschmitzt).

B Prima!

F Da ein Mensch... da ein Mensch... da ein Mensch.

B Du meinsch, man muß überall jemanden haben. Hasch Dir da so einen Kreis aufgebaut, wo Du zu verschiedenen Leuten hinkannst.

F Ja. Frau hab ich auf Altennachmittag kennengelernt.

B Wie lang isch des her?

F Mai, Juni. Ich sitz da am Tisch und die sitzt da am Tisch.

B Hm... Wir haben ja mal darüber gesprochen, daß es wichtig isch, auf andere zuzugehen und was von sich aus zu sagen. Das hast Du geschafft?!

F Ja. (lacht verlegen, erfreut).

B Und glaubsch Du denn, daß Du die Frau jetzt öfter siehsch?

F Ich hoff schon!

Ob der neue Kontakt tatsächlich beständig sein wird, bleibt ungewiß. Wichtig an dem Gespräch ist, daß Frau A. von ihren Kontaktbemühungen berichtet und von der Beraterin darin eindeutig verstärkt wird. - Erleichternd für die Beraterin ist, daß auf ihre etwas bange Frage, was sein wird, wenn die Beratung nicht mehr stattfindet, Frau A. ohne Zögern weiß, was für sie dann das Richtige ist. Die Beraterin wird ersetzt durch eine andere "Partnerin"; ein für Frau A. unübliches Wort, das sie irgendwo aufgeschnappt haben muß. Frau A. hat ihre früher eher ruppige Art der

Kontaktaufnahme offenbar abgelegt. Sie hat erreicht, daß jemand anders an ihr Interesse hat, was für ihr Selbstwertgefühl wesentlich ist. - Nichts geändert hat sich an dem Ort, an dem sie Kontakte sucht: im Altenclub. Sie bleibt als "Alte" unter alten Menschen und sucht dort ihre Bekanntschaften, was, so kann vermutet werden, Auswirkungen auf die Art der gemeinsamen Aktivitäten hat. Da sie jedoch am Lebensstil und ihrem Leben im Heim nichts mehr ändern wird, könnte die Beraterin höchstens anregen, daß Frau A. sich doch auch unter Jüngeren nach Freunden umschauen soll. Die Möglichkeit zum Kontakt mit Jüngeren bietet sich ihr höchstens innerhalb ihrer religiösen Gemeinschaft. Dort hat sie sich zu einer Fahrt nach Lourdes angemeldet.
Das Ende der Beratung wird gemeinsam besprochen. Es wird als Bestätigung des erreichten Ergebnisses - wie zu Anfang - ein Lebenszufriedenheitsindex (LZI) ausgefüllt und besprochen. Frau A. wird angeboten, daß sie bei Schwierigkeiten jederzeit die Beratungsstelle wieder aufsuchen könnte.

5.1.4. Nachbesuch bei Frau A.

Der Kontakt zwischen Frau A. und der Beraterin stellt sich beim Besuch ein 3/4 Jahr später schnell wieder her. Wie es für Frau A. typisch ist, umarmt sie gerührt die Beraterin.
Frau A. geht es gut. Sie hat außerhalb des Heimes eine kleine Beschäftigung gefunden: sie putzt bei einer Familie gegen Bezahlung. Sie ist stolz darauf, daß sie allein die Stelle gefunden hat. Sie hat Pläne, mit der Kirche bald wieder eine Fahrt zu machen, weil ihr die nach Lourdes sehr gut gefallen hat. Sie besucht außerdem gelegentlich Vorträge, die in der Zeitung angekündigt sind.

Im Altenheim hat ihr die Leitung endlich ermöglicht, in ein größeres Zimmer umzuziehen, was sie schon seit langem erbeten hatte. Das gibt ihr Gelegenheit, sich ein bißchen individueller und nach ihrem Geschmack einzurichten.

Der Eindruck des Nachbesuches war, daß Frau A. den Stand, den sie gegen Ende der Beratung erreicht hatte, gehalten und darüber hinaus ihre Handlungsmöglichkeiten und -felder noch erweitert hat. Sprachlich erscheint sie der Beraterin noch etwas wendiger geworden.

5.1.5. Einschätzung des Beratungsverlaufs

Das Besondere an Frau A.'s Situation, als sie zu uns kam, war ja, daß sie mit knapp 50 Jahren bereits im Altenheim lebte. Es war die Vorannahme der Beraterin, daß dieses Leben zwischen alten Menschen Auswirkungen gehabt haben mußte, z.B. auf Zukunftsorientiertheit, positive Lebenserwartung und Grundstimmung; ebenso ein Gewahrsein des Verlusts der eigenen selbständigen Lebensführung, mit der Konsequenz, sich im Heim evtl. in einem Kindsstatus anderen gegenüber zu fühlen. Im wesentlichen traf das auf Frau A. zu. Es blieb ungeklärt, welche anderen Bedingungen außerdem eine Rolle spielten; z.B. was für eine Frau war sie vor den beiden Schocks gewesen? Welche weiteren Veränderungen hatte der lange Klinikaufenthalt bewirkt? Frau A. zeigte am Anfang der Beratung einige kindliche Verhaltensweisen. Sie meinte auch, es interessiere sie nicht und sie habe wenig Vorstellung davon, was "später" sein würde. Andererseits brachte sie den Wunsch vor, wieder selbständig leben zu können.

Gemessen an diesen Ausgangsbedingungen - wobei "Leben im Heim" sicherlich eine zentrale Rolle einnimmt - hat die Beratung einen mittleren Erfolg gebracht: es konnte nicht erreicht werden - bzw. wurde als nicht sinnvoll oder möglich erkannt - , daß Frau A. das

Altenheim verlassen und allein leben konnte. Es wurde jedoch erreicht, daß wesentliche Lebensbedingungen sich verbesserten: Frau A. kann sich verbal besser mitteilen, so daß ihr die Kontaktaufnahme zu anderen leichter fällt; sie hat andere ihr wichtige Personen außerhalb des Heimes gefunden; sie hat so viel an Selbstbewußtsein gewonnen, daß sie nicht jede Anrede als Angriff erlebt und in überzogener Weise aggressiv reagiert. Sie hat eine kleine Arbeitsstelle außerhalb des Heimes gefunden, so daß sie sich etwas Geld verdienen kann (schwarz, da sie ja Sozialhilfe bezieht), sich gebraucht fühlt und vom Altenheim etwas unabhängiger ist. Keine großen äußeren Veränderungen haben stattgefunden, sondern qualitative Verbesserungen innerhalb ihrer Lebenssituation, was die anfangs gesteckten Ziele als angemessen und realistisch bestätigt.

Wesentlich erscheinen bei dieser Beratung die Gespräche mit näheren Bezugspersonen von Frau A. Veränderung sollte nicht nur bei ihr initiiert werden, sondern auch bei denjenigen, die für Frau A. Verständnis aufzubringen hatten. Allein die Stabilisierung der Klientin hätte wenig Sinn gehabt, da eingefahrene Verhaltensweisen und Vorurteile der anderen ihr das Leben im Heim bald wieder erschwert hätten. Aufklärung und Gespräche "vor Ort" erweisen sich somit als sinnvoller Zugang zu den sozialen Schwierigkeiten der Klientin.

Wesentlich erscheinen im Nachhinein auch die nonverbalen Übungen, die zu Anfang der Beratung eingesetzt wurden. Frau A. konnte sich in den einfachen Tätigkeiten gut ausleben und ein Stück Kreativität freisetzen, was ihr Selbstbewußtsein stärkte - sie wurde ja von der Beraterin kräftig positiv verstärkt. Eigeninitiative legte sie zudem an den Tag, als sie Fotos in die

Beratung mitbrachte, später den Familienstammbaum; sie führte auf diese Weise die Beraterin in ihr Leben ein und stellte sich als "Persönlichkeit mit individuellem Hintergrund", mit Biographie, dar. Während dieser Stunden bahnte sich die emotional gute Beziehung zwischen Beraterin und Klientin an, die stützende Funktion dann hatte, als Frau A. sich mit ihren Sprechversuchen nach außen wandte und neue Kontakte suchte.

Auch in der Beratung gab es zu Anfang massive Verständigungsschwierigkeiten; von beiden Seiten war guter Wille notwendig, bis die Verständigung einigermaßen klappte. An einigen vorgestellten Szenen wird deutlich, daß die Beraterin öfters geradezu errät, was die Klientin vermitteln möchte und Frau A. sich auch verstanden und akzeptiert fühlt. Frau A. erlebt an ihrer Beziehung zur Beraterin, daß sich Einsatz und Mühe am Anfang lohnen, daß auf diesen beiderseitigen Bemühungen eine tragfeste Beziehung aufbauen kann. Durch das gemeinsame Sprechen-Üben wird zudem eine Art "Arbeitsbeziehung" konstituiert, ein weiteres verbindendes Moment.

Die ausgesprochen gute Beziehung machte den Fortschritt in der Beratung möglich, auf die Gefahr hin, daß die Ablösung schwierig werden könnte. Da Frau A. tatsächlich andere Bezugspersonen fand, machte die Beendigung der Beratung erfreulicherweise wenig Schwierigkeiten.

Ein stärkeres Eingreifen und Bearbeiten wäre nach Meinung der Beraterin (im Rückblick) am Punkt Aggression möglich gewesen. Im Verlauf der Beratung, vor allem in einigen Rollenspielen, war das ja als neuralgischer Punkt deutlich geworden. Anstatt Aggression öfter direkt zu thematisieren, hatte die Beraterin durch Stärkung anderer Handlungsbereiche Frau A.'s Aggressivität überflüssig zu machen versucht.

5.2. Depression im Alter:

Frau B., 69 Jahre alt

Eine der Töchter von Frau B. wendet sich an die Beratungsstelle, während Frau B. selbst noch in der Nervenklinik untergebracht ist und zu erwarten steht, daß sie demnächst entlassen werden kann. Die Tochter berichtet folgendes: seit etwa 7 bis 8 Jahren leidet die Mutter immer wieder an Depressionen, weswegen sie schon einige Male stationär in der NK war. Zuhause geht es ihr nach Klinikaufenthalt eine Weile immer gut, worauf jeweils eine erneute Verschlechterung der Stimmungslage einsetzt. Die Tochter bittet um einen Hausbesuch bei der Mutter. Sie hat sich nach Absprache mit Frau B. mit der Beratungsstelle in Verbindung gesetzt. Ziel von beiden ist, an den Klinikaufenthalt so nahtlos wie möglich die Beratung anzuschließen, um erneute Verschlechterung zu vermeiden. -

5.2.1. Vorinformationen/ Biographie

Größtes Problem der Mutter ist das Alleinsein. Nach dem Klinikaufenthalt wird Frau B. - zumindest erwartet das die Tochter - zwar wieder alleine wohnen, aber abwechselnd bei den beiden am Ort lebenden Töchtern schlafen. Das bringt eine starke familiäre Belastung, da die Mutter zwar nicht allein sein will, ihr andererseits dann aber in den Töchterfamilien alles "zu viel" ist - die Folge sei eine Einschränkung der ganzen Familie und beim geringsten Anlaß "hysterische" Reaktionen der Mutter. - Sie, die Tochter, sei selbst nervlich angegriffen und anfällig für depressive Verstimmungen. Vor allem seit einem Suizidversuch Frau B.'s vor sieben Jahren ist das Problem permanent "da".

Frau B. lebt heute noch in dem Dorf, in dem sie als fünftes Kind eines kleinen Handwerkers zur Welt kam. In ihrer Mädchenzeit half sie im großen Haushalt mit,

heiratete früh. Sie gebar drei Kinder. Ihr Mann fiel nach kurzer Ehe im zweiten Weltkrieg. Den Beginn ihrer Depressionen legt sie selbst bereits in ihr 22. Lebensjahr: eine ihrer Schwestern, inzwischen verstorben, habe sie damals gezwungen, in einer Fabrik zu arbeiten. Das sei der Auslöser für einen Stimmungsumschwung und ein "Nachlassen der Kräfte" gewesen, was bis ins Alter angehalten habe. Eines ihrer Kinder lebt mit Familie in Berlin, die beiden Töchter haben sich im Heimatdorf verheiratet und haben beide Kinder. Frau B. hat nach dem Aufziehen der drei Kinder nicht mehr gearbeitet, offenbar reicht die Rente des Mannes; zusätzlich wird sie von ihren Kindern unterstützt.

Die Töchter - so die Voreinschätzung des Beraters - scheinen ein starkes Anliegen zu haben, entlastet zu werden. Die Motivation Frau B.'s selbst zur Beratung wird im Erstgespräch abgeprüft werden müssen. Zudem wird geklärt werden müssen, ob sie im Sinne der "therapiewirksamen Beratung", wie sie bei Depression indiziert erscheint, intellektuell und emotional mitarbeiten kann. In diesem Fall ist von Anfang an die Lage als Familienproblem zu sehen: der Berater begibt sich in ein familiäres Geflecht und eine Beziehungsdynamik hinein, die über Jahre eingeschliffene Muster aufweist. Da Frau B. innerhalb der Familie bereits seit Jahren als depressiv gilt, ist damit zu rechnen, daß in bezug auf die Erkrankung bestimmte Orientierungsmuster der anderen Familienmitglieder vorhanden sind.

Laut Auskunft des Nervenarztes lautet die Formel der Familie: "Es ist die schlimme Krankheit, die alles so schwierig macht" - und nicht der Umgang miteinander. Es komme bei Frau B. ein leichtes organisches Psychosyndrom hinzu, woraus sich zusätzlich Vergeßlichkeit und Konzentrationsschwäche ergäben. Diese Schwächen

setzt Frau B. seiner Meinung nach funktional ein, wenn ihr Anforderungen zu groß erscheinen. Der Nervenarzt betrachtet ihre Krankheit als Sündenbock der Familie, die an und für sich viel Zündstoff böte. Konflikte innerhalb der Töchterfamilien bzw. zwischen Mutter und Töchtern blieben durch "das Problem" verdeckt.

Aufgrund der Vorinformationen ist höchstwahrscheinlich zweigleisig zu fahren: sowohl Beratung mit Frau B. zu machen als auch Gespräche mit den Töchtern zu führen. Problem wird sein, ob die Erkrankung Frau B.'s so "gebraucht" wird, daß daran festgehalten werden muß. Näheres muß das Erstgespräch mit Frau B. nach Klinikentlassung ergeben.

5.2.2. Beratungsstunden mit Frau B.

Beim ersten Gespräch mit Frau B. zuhause (das Gespräch konnte aus Gründen der Rücksichtnahme nicht aufgezeichnet werden) schildert sie selbst ihre Befindlichkeit: sie kämpfe ständig mit der Depression, brauche ihre ganze Kraft, um nicht wieder abzugleiten. Aktuell lehnt sie Suizid-Gedanken ab; sie setzt allerdings hinzu, daß sie sich vorstellen könnte, in akuten Angstzuständen die Kontrolle zu verlieren. Mit den Töchtern kann sie leider nicht alles besprechen, sie sind selbst nur begrenzt belastbar. Die Stimmungsumschwünge bis hin zum Tief kämen dann auf, wenn sie entweder durch Reizüberflutung überfordert sei (z.B. im Haushalt einer der Töchter), oder wenn sie länger allein sei. Sie leidet unter starken Ängsten, einer völligen Kraftlosigkeit und Schlaflosigkeit. Sie tue zwar einiges um sich abzulenken, aber es gelinge ihr nicht immer. Sie macht gern leichte Hausarbeit, schreibt Briefe an die verheiratete Tochter in B., strickt Socken für alle oder macht auch gern leichte Gartenarbeit. An vielem werde sie dann aber wieder durch ihre "Kraftlosigkeit" gehindert. Hinzu kommen öfters starke Kopfschmerzen und

unspezifische Bauchschmerzen[195].

Auf die Frage, was sie von der Beratung erwarte, meint sie, sie erwarte keine "Heilung" mehr. Was ihr viel nützen könne, sei eine Aussprachemöglichkeit. Nach der Klinikzeit, wo sie die Möglichkeit dazu gehabt habe, hätte sie Angst gehabt vor der Zeit zuhause. - Es wird in einem "Beratungsvertrag" vereinbart, sich zehn Wochen lang einmal wöchentlich zu treffen; dann könnte gemeinsam besprochen werden, ob man die Beratung fortführt. Frau B. bittet um Hausbesuche, da sie schlecht in die Stadt kommt und die Kinder nicht bitten möchte.

Für die nächste Stunde schlägt der Berater vor, bis dahin ein "Tagebuch" zu führen. Sie könne alles aufschreiben, was ihr wichtig erscheint; besonders notierenswert sei allerdings, was ihr an sich selbst positiv erscheine und was sie gerne tue[196].

In der zweiten Beratungsstunde beginnt die gemeinsame "Arbeit". Frau B. hat ihre "Hausaufgabe" gemacht, was vom Berater als vorhandene Bereitschaft zur Mitarbeit aufgefaßt wird. Frau B. liest das im Wochenverlauf notierte vor, woraus sich anfänglich ein Gespräch hauptsächlich über ihre Symptomatik entwickelt. Hier ein 1. Ausschnitt aus der 2. Stunde:

Szene 1 (2. Stunde, Anfang)

1 B Woll'n Sie's mir 'mal vorlesen?

2 F Ja, scho, ich hab' ein bißchen Angst, daß zu viel Dummes kommt.

3 B Sie brauchen keine Angst zu haben! (beide lachen)

---

195 als Begleiterscheinungen bei Depression im Alter bekannt; s. Radebold/Bechtler/Pina 1981 a.a.O., S.235

196 zur Führung eines Tagebuchs s. das "Berliner Modell" bei Hautzinger, Psychologische Therapie depressiver Reaktionen, in: Hautzinger/Hoffmann (Hg.), a.a.O., S.239

4 F Und jetzt kann ich mei Schrift nimmer lesen, ich bin jetzt so zittrig und so...

5 B Hmm... lassen Sie sich nur Zeit!

6 F Jetzt, das ist der Sonntag. "Es ist mir heute nicht gut. Ich möchte es als zermürbenden Zustand bezeichnen. Ich finde keine Worte dafür. Zum ersten Mal habe ich keine Kopfwehtablette nehmen müssen, es ist...."... ich muß geschwind aussetzen, sonst gibts so ein Arg's, das hat dann keinen Wert.

7 B Ja, ja, lassen Sie sich nur Zeit!

8 F Es ist mir auch nicht gut, im Bauch spür' ichs immer.

9 B Hmm. Da haben Sie also so ein Gefühl, da im Bauch.

10 F Ja, so ein Schaffen und so, und hier muß ich immer so schwer atmen, des isch aber immer schon der Punkt gewesen.

11 B Hmm, das drückt so auf die Brust.

12 F Ja, hmm, ja.... "Es ist ein verzweiflungsartiger Zustand, den ich noch nie hatte". - Jetzt das nächste.

13 B Hab' ich das richtig verstanden, Sie haben Sonntag keine Tabletten genommen?

14 F Ich hab' jetzt, glaub ich, erst zwei genommen, seit ich aus der Klinik fort bin, und da hab'ich jeden Tag eine gebraucht, ja.

15 B Hm. Also das ist eigentlich ganz stark von Ihnen, daß Sie so wenig davon nehmen!

16 F Ja,ja! Solangs nicht so ist, daß mans eben fast nimmer aushält, nehm ich keine.

17 B Was sind das für Tabletten?

18 F Da oben hab' ich sie (Novalgin)... Sind Sie einig mit denen?

19 B Ja, aja!... Das find ich sehr gut, daß Sie die nur dann nehmen, wenns sein muß!

20 F Bloß wenns sein muß, ja, ja... In der Klinik - ach, das hört man auch alles (lacht verlegen)

21 B Also Sie brauchen sich nicht zu genieren. Wenns Ihnen sehr unangenehm ist, schalt' ichs auch ab.

22 F Ha, wenns Ihnen nichts ausmacht, dann ischs mir auch egal. Sie müssen auch solche darunter haben, das macht nichts. - Ja also wie gesagt, das ist halt so, daß ich mich nachher besser dran erinnern kann.

23 B Ja.

24 F Daß ich dann besser überlegen kann, was wir da so geschwätzt haben.... ich les' weiter vor, no isch besser. "Am Sonntag" - das war der letzte Sonntag - "war kein guter Tag. Schon im Bett hab'ich -" äh, da hab' ich einen Fehler drin - "äh, gespürt, daß es keinen guten Tag gibt. Gegen Abend wurde es dann besser". (B: hm) Ja, da waren meine jungen Leut' auswärts auf der Hochzeit, und da haben sie erzählt, und da wars mir gar nicht gut vorher, so langsam wie die dann erzählt haben, ich weiß nicht, kann ich mich dann vergessen oder wie, da wars dann wieder besser. (B: hm/ F ja)

25 B Hat Sie das so aufgeheitert, was die da erzählt haben,

26 F (unterbricht ihn). Vielleicht, ja, ja, das war scheints so eine wunderbare Hochzeit, wissen Sie, wie sie noch keine erlebt haben.....

27 B Und da gings Ihnen dann auch besser? Was denken Sie warum?

28 F Ja.... ja,ja, ich weiß nicht, macht das was aus, daß ich da was erzählen hör, ich kann's nicht sagen, ich werd nicht schlau aus der Sache, ja..

29 B Vielleicht wars da mal so. Auf jeden Fall war es doch für Sie etwas Angenehmes! Ihre Kinder kommen zu Ihnen, erzählen Ihnen ausführlich....

30 F Vielleicht, ja.... jetzt allerdings, wenn ich das krieg, das dauert äh so vier fünf Stunden, heut nacht wars au wieder. Aber erst seit Sie kommen, vorher nicht!

31 B Das hab' ich jetzt nicht ganz verstanden. Was war heut nacht?

32 F Grad wieder derselbe Zustand, ja. Da wars mir gestern abend gar nicht gut... da hab' ich mich dann ein bißchen hingelegt.... und das hat dann so drei vier Stunden gedauert, und da sind mir die Hände und die Füße dann auch ganz schlapp geworden, ja, ja, das zittert ja sowieso immer, gell, und hat nicht viel Kraft, aber da hats so richtig runtergezogen.....

33 B Runtergezogen.... also so - gar nichts mehr.

34 F Ja, ja!

35 B So daß Sie ganz schwer waren, so....

36 F Ja, so.... hmhm...

37 B Aber erst seit ich komme, sagten Sie grad!

38 F Hab' ich grad was gsagt?

39 B Hm.

40 F Können Sie mir nicht grad sagen, was ich da grad angefangen hab'?

41 B Ja, Sie hatten halt so angefangen, daß vorher grad auch wieder so ein Zustand da war....

42 F Also heut'morgen war er.... ich weiß nicht mehr genau, ist es jetzt drei- oder viermal vorgekommen, seitdem Sie fort sind. Da hat irgend etwas so angefangen sich zu regen, möcht ich sagen, ja.

43 B Hm, ja.

44 F Das sehen Sie ja gern, gell?

45 B Ja, was hat sich da geregt in Ihnen?

46 F (Pause) Was soll ich da sagen?

47 B Ja, wie hat sich das angefühlt? Wo haben Sie gespürt, daß sich was geregt hat?

48 F Das hab' ich auch wie so.... also erstens mal wars im Kopf, es war nicht so kribbelig, wissen Sie, etwas ruhiger im Kopf, ja! Ich glaub' nicht, daß ich mich da getäuscht hab'....

49 B Hm...

50 F Vorher hab' ich immer gedacht, ja was wird auch noch aus dere Sach'! Da mußt Du noch in eine Anstalt oder sonst so irgendwohin. Und das wär dann doch schrecklich.

Frau B. hat offenbar Hemmungen, das Aufgeschriebene vorzulesen, kann aber vom Berater beruhigt werden. Sie bringt zwar nochmals Einwände, diese können jedoch beigelegt werden. Gleich zu Anfang hat Frau B. eine negative Beobachtung (der zermürbende Zustand) und eine positive (keine Kopfwehtablette) nebeneinander gesetzt. Frau B. übersieht das Positive, sie hebt ab auf den "verzweiflungsartigen Zustand" (12). Erst auf Nachfrage und Betonung von Seiten des Beraters, wie positiv das doch eigentlich sei, kann sie es ebenfalls so sehen. Der Berater betont nochmals nachdrücklich, wie gut es sei, wenn sie so wenig Tabletten wie möglich nehme.

Das Tonbandgerät erweist sich als noch sehr präsent: Frau B. fühlt sich dadurch an ihrer Erzählung über die Klinikzeit behindert und kommt vom Thema ab. "Sie müssen auch solche drunter haben" (22) - in diesem nebenbei hingeworfenen Satz klingt die negativ gefärbte Wahrnehmung der eigenen Person und der eigenen Krankheitsgeschichte an.

Frau B. schildert den letzten Sonntag, an dem es ihr anfangs schlecht, gegen Abend dann besser ging. Mit der Rückfrage an sie, was sie selbst denn meine, warum es ihr besser gehe, zeigt der Berater ihr an, daß er ihr durchaus zutraut, selbst etwas über ihre Befindlichkeit erschließen zu können. - Frau B. schwenkt rasch vom Angenehmen, das der Berater nochmals betont, auf einen negativen "Zustand" um. Es ist anzunehmen, daß sie sich darin vom Berater gut verstanden und angenommen fühlt: es entspinnt sich ein kurzer Dialog, in dem sich die beiden über die Natur von Frau B.'s "Zustand" einigen (33 - 36). Offenbar ist die Klientin beherrscht von den negativen Erscheinungen, denen sie ausgesetzt ist, während die angenehmeren kaum haften bleiben (negative Attribuierung). Zu seinem Erstaunen muß der Berater kurz darauf erfahren, daß sie die Beschwerden für einen Fortschritt hält. Sie nimmt an - hier spielt ihre Klinikerfahrung und der Umgang mit Therapeuten hinein - daß das so sein muß, bevor sich die Besserung einstellt. Sie macht dem Berater mit ihrem Bericht über ihr schlechtes Ergehen der letzten Woche eigentlich ein Geschenk: "Das sehen Sie ja gern, gell?" Auf die Frage geht der Berater nicht ein, sondern schließt an ihre Aussage an, daß sich bei ihr etwas "geregt" habe.

Positive Dinge hat Frau B. eigentlich kaum aufgeschrieben, obwohl die Anweisung für die Hausaufgabe eher darauf hin angelegt war. Andererseits ist sicherlich wichtig, daß sie über ihre Beschwerden unbefangen mit dem Berater sprechen kann und sich mit ihnen von ihm akzeptiert fühlt - Beratung hat hier entlastende Funktion. Es ist auch anzuerkennen, daß sie die Aufgabe überhaupt ausgeführt hat und daß sie sich überwindet, ihre Ausführungen trotz ihrer Komplexe vorzutragen. - Festzuhalten bleibt, daß es die "angenehmen Dinge" für sie faktisch auch gibt: offenbar denken doch die Kinder an die zuhause gebliebene Mutter, denn sie kommen anschließend vorbei, um ihr von der Hochzeit zu erzählen. Hat Frau B. Gesellschaft, kann sie ihre Leiden zeitweise auch vergessen.

Mit "sich geregt" meint Frau B. offenbar eigentlich eine Beruhigung:

Szene 1 (Fortsetzung)

51 B Also es war dann doch mehr Ruhe in Ihnen.

52 F Ja, so isch mirs vorgekommen.

53 B Und das war schön für Sie, angenehm.

54 F Ja. Also diese Angst, die ich vorher hatte ist nicht mehr so. Das macht aber wahrscheinlich auch ein Teil, daß ich jetzt daheim bin. Aber am Anfang wars ja so, da konnt ich ja gar nicht allein bleiben! Es war dann so, bei den Patienten im Krankenhaus, da sind die Gedanken dann sowieso nicht so aufgekommen, ja.

55 B Ja, das haben Sie schon einmal erzählt, da haben Sie soviel Ablenkung gehabt, gell.

56 F Und dann war ich etwa so 5 bis 6 Tage daheim, und dann wars wieder so, ja. Und da weiß ich nicht, woher kams oder war ich da auch zum Teil schuld (B: hm), auf jeden Fall gings da nicht gut. Ja, hm.

57 B Und dann ists jetzt aber doch wieder ein bißl besser geworden.

58 F Ja... ja, jetzt wollt ich doch noch was sagen, sehen Sie, so schnell rennts mir davon.

59 B Ja, macht nichts.

60 F Ja, ... ja, was wollt ich jetzt sagen... ich weiß nimmer.

61 B Dann kommts ein andermal wieder.

62 F Ja (lange Pause)

63 F "Es ist manchmal so, als wollt mich eine böse Macht zu Fall bringen, damit ich wieder in den Zustand der großen Angst komme" - so hab' ich grad das Gefühl! Als ließe das nicht nach, so lang bis ich wieder so weit bin. Daß die große Angst da ist. Ja. Daß ich ganz erschreck, weil ich spür plötzlich, jetzt ist die Angst wieder .....

64 B Hm. Also das merken Sie so richtig, wenn die Ihnen nahe kommt.

65 F Ja, hmhm..... (Pause) Ja, da hab' ichs noch einmal vom Kopfweh, "das ich fast jeden Tag hatte, ist nicht mehr so stark. Und kommt auch nicht mehr so oft". (B: hm) "Der erste Tag nach der Behandlung war etwas schlechter" - des isch ja grad des, nicht, was ich sag, daß es nach der Behandlung schlechter isch. Und - des soll ja glaub ich so sein. Oder.

66 B Also nachdem ich das letzte Mal da war, ist es Ihnen, versteh' ich das richtig, da gings Ihnen ein bißchen schlechter?

67 F Ja, ja. Der schlechtere Zustand, ich weiß nicht, also wars drei- oder viermal. Auf jeden Fall wars gestern mittag und heut nacht wieder. Da hat michs aufgeweckt heut nacht und da hab' ich gedacht, ha, was ist denn jetzt los? Das isch also ne kleine Angst, ja, ich hab' mich einfach nicht mehr wohlgefühlt und konnte nicht mehr schlafen. Bis um 12, also um 10 bin ich ins Bett und um 12 wieder aufgewacht. Und dann gings so vielleicht bis um 6 Uhr. So genau weiß ichs nimmer, ja, da macht sich auch die Vergeßlichkeit bemerkbar, ja, ja. Und eh - jetzt isch mir schon wieder was abgewitscht. So schnell geht das immer.

68 B Sie waren grad so bei heute Nacht, wo es Ihnen etwas schlechter ging, wo Sie aufgewacht sind.

69 F Ja, ja, dann bin ich aufgewacht, äh, und nach dem ersten Schlaf, da wars denn erstmal aus für vier Stunden. Und erst so gegen Morgen, da bin ich nochmals kurz eingeschlafen, ja. (B dazwischen öfter hm). Aber nicht für lange. Ich bin also ganz erledigt gewesen, wo ich aufgewacht bin, ja.

70 B Als Sie da aufgewacht sind, was war da in Ihnen drin?

71 F (Pause) etwas Unruhe.

72 B Also es ist Ihnen schwer gefallen, so ruhig zu liegen?

73 F Ja! ja, ja.

74 B Wo war diese Unruhe?

75 F Des isch immer hier im Bauch, ja,ja.

76 B Da rumort das dann? F: und im Kopf schaffts dann auch mit, ja. - Aber das ist schon ziemlich besser geworden, im Kopf, das darf ich Ihnen sagen, ja, hm.

77 B Also da isch nimmer so viel durcheinander, im Kopf.

78 F Kein so arger Durcheinander mehr, ja..... (unverständlich) du mußt noch in ein Heim oder wo hin. Aber dann denk ich immer, da wehr ich mich vorher. Wo Sie nicht da waren, hat auch mal jemand zu mir gesagt von einem Heim, und da hab' ich gesagt, also so langs noch irgend anders geht, mach ich das nicht.

79 B Das wollen Sie also wirklich nicht.

80 F Nein, das will ich nicht. Und jetzt ist es so, jetzt kann ich mich untertags ganz schön vergessen, muß aber immer aufpassen, damit ich nicht ausrutsch'. (B: hm) Und daß die Gedanken wieder reinbrechen.

81 B Also Sie sind immer auf der Hut! F: ja, so!

82 B Aber eigentlich geht's so grad ganz gut damit.

83 F Ja, B Sie können das eigentlich ganz gut.
F Ja.

84 F Ich weiß nicht, ist das so richtig, wenn ich das so sag, ich hab' den Eindruck, durch Ihre Behandlung geht da was vor. B: hm. F Und das freut mich dann natürlich, meine Tochter, alle beide haben sie gesagt, heut morgen war die eine da, hab' ich zu ihr gesagt Gertrud,ha, die hats mir nicht geglaubt, daß das von dem isch, ha des isch halt sonst von irgend etwas und so, man kann die Leute so schwer davon äh äh überzeugen, daß das eben äh eine Krankheit ist! B: hm. Und selbst wenns die Tochter ist, gell, ja.

85 B Also die glaubt das Ihnen nicht so recht?

86 F Heut morgen glaub ich, hat sie eher geglaubt. Da hab' ich ihr erzählt von heut nacht, und da

hats mich aufgeweckt! Ich hab' ja gut geschlafen, ja und.. ich glaub da hat sies auch geglaubt. (B: hm) Ich glaub daß ich sie jetzt so weit hab' daß sies auch glauben. Da muß man sich oft so verkämpfen mit dem Zeug, ja.

87 B Da steckt so ein bißchen dahinter, also, Sie haben manchmal den Eindruck, daß Ihre Töchter Ihnen nicht so alles abnehmen was Sie ihnen erzählen.

88 F Wenn ich sie mal so weit hab', daß ich sie überzeugen kann, wenns wieder kommt, ja also jetzt glaub ich sind sie eher soweit, daß sies auch glauben, ja. Aber man muß sich da manchmal wirklich verkämpfen um die Sachen. Und ich hab' das sofort gespürt wo Sie - ich glaub es war der zweite Tag nach der Behandlung - ja, und da wars zum ersten Mal. Und dann glaub ich an dem Sonntag, wo meine junge Leut bei der Hochzeit, da haben sie noch mal in den Schwarzwald müssen, ja und ich glaub, da war der erste schlechte Tag. B: hm.

89 F Hm. B: da waren Sie auch ganz allein da. Da war niemand da.

90 F Ja! Schon auch, ja, ja, ... Jetzt drehn wir mal um, was da noch kommt. Oh, da hats noch viel.

91 B Nein, das ist die erste Seite, die haben Sie schon gelesen! Das hier haben Sie glaub ich noch nicht gelesen!

92 F Ach so, dann ist es noch das hier.... "Gestern nachmittag wars auch nicht gut (sie liest langsam vor). Ich war sehr müde und kraftlos, hatte auch Kopfweh, aber nicht so stark". Und da schreib' ich, es ging sogar ohne Kopfwehtabletten! Oder?.... doch, ohne Kopfwehtabletten heißt das. Sehn Sie, ich kanns oft einfach nicht mehr erfassen! Es reicht oft gar nicht mehr so weit.

93 B Das Sie was jetzt tun könnten?

94 F Daß ich Ihnen die Worte - ich habs doch selber geschrieben! Daß ich Ihnen das sagen wir ein bißchen äh schnell runterlesen könnte! Ich stolper da überall rum!

95 B Hm. Macht Ihnen das was aus?

96 F Ha no, Ihnen gegenüber ja, wenn so langsam geht.

97 B Da merken Sie halt immer so, daß es nimmer so gut geht!

98 F Ja! (sehr zustimmend) Ja! Besser wär gewesen, wenn ichs Ihnen erzählt hätt, dann hätten Sie gar nichts von dem gewußt!

99 B Hm! Das wär dann alles weg gewesen.

100 F Jaja! Ich mach immer, also wenn ich was kochen möcht, mach' ich mir meistens zwei Zettele auf zwei Tag, daß ich mir was rechtes koch. Manchmal geh ich ja auch rüber zum Mittagessen! So muß ich mich eben durchschlagen, wies so geht!

101 B Das find ich auch sehr gut! Da haben Sie doch immerhin so eine Technik entwickelt, wo's halt (F ja!), wos halt dann doch geht. Wenn Sies im Kopf nicht behalten, dann stehts auf dem Papier. Das find ich gut!

102 F Ja! Ja! Also ich mach' trotzdem noch ziemlich Fehler so. Ihren Zettel da, den hab' ich heut morgen da hinten rumgeschoben, und wie ich ihn holen will, ist er nicht mehr da. Da hab' ich gedacht, was ist auch jetzt los! Jetzt was ich für Tabletten nehmen muß, das schreib ich mir auch immer auf so Zettele auf. Und da hab' ich es in Gedanken dazu rein getan.

103 B Ja, ja, das kann natürlich passieren! (Lacht)

104 F Ja! Ja! .... (Lange Pause) Ja. Jetzt was hab' ich noch? (Schaut auf den Zettel) Da hab' ich was falsch geschrieben. Ja, "bevor ich die Behandlung bei Ihnen angefangen habe, mußte ich fast jeden Tag eine Kopfwehtablette nehmen" - das ist es jetzt, was ich Ihnen ja gesagt hab', gell! (B ja). Da freut sich der Herr Doktor auch, wenn ich das sag bei dem, ja!

105 B Das find ich auch ganz wichtig, das ist was ganz Gutes, daß Sie das jetzt nimmer so oft brauchen.

106 F Ja. Ha ja, das ist gut, ja! Also heut nacht wars wieder ein bißchen stärker. Es ist eben immer nicht so gleich, aber am Anfang, an den ersten Tagen, hab' ich fast kein Kopfweh gehabt, da hab' ich gedacht, ja was soll das heißen?

107 B Hm. Da waren Sie ganz verwundert!

108 F Ja! Ha freilich, ja! Wenn man so lang immer Kopfweh hat, ist das doch eine schöne Sache!

109 B Ja. F In der Klinik hab' ich oft ganze Stunden gelegen mit so halben Waschlappen und hab' gekühlt, damit ich nicht so viel Tabletten nehmen muß!

Nach dem Klinikaufenthalt ist bald wieder eine Verschlechterung eingetreten. Frau B. spricht von 5 - 6 Tagen zuhause, die noch gut gewesen seien, dann

sei wieder die Angst dagewesen.Ist Frau B. alleine, so tauchen die Ängste wieder auf - in der Klinik z.B. seien die Gefühle nicht aufgekommen, da waren immer andere Leute um sie herum. Die Angst ist allerdings in den letzten Tagen etwas weniger geworden, was sie selbst als "Ruhe" bezeichnet. Sie thematisiert in ihrem Notierten die "große Angst", die ihr als fremde Macht gegenübertritt und gegen die sie sich schlecht wehren kann (63). Sie hat Angst vor der Angst, vor dem Angstzustand, und gerät dadurch in Anspannung und Unruhe - eine Verstrickung, aus der sie sich dann alleine nicht mehr befreien kann. Ein andermal spricht sie von der "kleinen Angst" (67) - womit sie ihre Gefühle sehr wohl abzustufen weiß und sie dem Berater zu vermitteln imstande ist.

Frau B. betont selbst, daß das "Durcheinander im Kopf" besser geworden sei (78). Sie assoziiert das Thema "Heim", das sie schon einmal angesprochen hat (50). Ihre Unruhe ist für sie ständiger Anlaß zur Sorge, sie könnte anderen auffällig werden und müßte ständig stationär untergebracht werden. Sie hat ja selber Sorge, daß sie abgleitet und damit die "Berechtigung" bestehen könnte, sie institutionell unterzubringen - deshalb ist sie immer auf der Hut (81). Daß die Angst davor,andere wollten sie institutionell unterbringen, begründet ist, geht aus ihrer Erzählung hervor, daß sie tatsächlich bereits darauf angesprochen wurde.

Als eigentliche Verbesserung seit der ersten Beratungsstunde erscheint, daß sie kaum Kopfwehtabletten hat nehmen müssen, was auch in ihren Aufschrieben mehrfach erwähnt ist. Hier wirkt sich offenbar der fast nahtlose Anschluß der Beratung an den klinischen Aufenthalt aus. In der Klinik war es ihr sehr viel besser gegangen; zuhause hatte sich bereits die erste Verschlechterung angekündigt. Durch die einsetzende Beratung konnte der totale Stimmungsabfall (vorläufig) vermieden werden. Frau B. "es geht da was vor".

Ein großes Problem für Frau B. ist, daß sie ihren Kindern immer wieder klar machen muß, daß sie eine "richtige" Krankheit hat (84). Hier bringt Frau B. offenbar etwas durcheinander, denn die Tochter hat wohl eher nicht geglaubt, daß die Beratung so schnelle Auswirkungen zeitigt, woraufhin sich Frau B. offenbar sofort in Hinblick auf die Depression angezweifelt sieht. Vorstellbar ist, daß in der Interaktion zwischen Mutter und Töchtern hier häufig etwas schief läuft: Frau B. spricht ja sehr häufig über ihre Beschwerden, was die Töchter wahrscheinlich nicht ständig hören mögen. Die Ablehnung wertet Frau B. offenbar dann als Ablehnung des Vorhandenseins ihrer Depressionen. Sie reagiert darauf mit noch mehr Erzählen von ihren Beschwerden. Für Frau B. ein unguter Zustand, daß sie sich zusätzlich zur Erkrankung in die Defensive gedrängt fühlt: "Da muß man sich oft so verk/ämpfen mit dem Zeug, ja" (86).

Sie kommt nochmals auf ihre Vorlesensleistung zurück. Der Berater versucht nicht zu verwischen oder zu verneinen, daß sie schlechter lesen kann als früher, sondern wirkt darauf hin, daß sie hinnimmt, daß nicht mehr "alles so geht wie früher". Sie erzählt von ihrer Technik mit den Zetteln, wofür sie mehrfach positiv verstärkt wird: der Berater stellt heraus, daß sie doch mit ihrer Vergeßlichkeit seiner Meinung nach ganz gut umgehen kann. Frau B. versteht allerdings nicht, worauf der Berater hinweist (99): hätte sie es nicht aufgeschrieben, hätte sie sich gar nicht mehr daran erinnert. Ob sie es also aufschreibt und schlecht vorliest oder ob sie es nicht aufschreibt und vergißt - immer kann sie sich es als Versagen auslegen.

Die Beziehung zwischen der älteren Frau und dem jüngeren Berater läßt sich gut an. Frau B. ist offen, erzählt viel und ist sichtlich froh, jemanden zu ha-

ben, bei dem sie abladen kann. Hoffnung klingt immer wieder bei ihr an, daß es sich tatsächlich verbessern könnte. Der Berater ist von vornherein als Autorität akzeptiert. Frau B. kann sich allerdings auch, da sie ja durch die Klinik gesprächsgeübt ist, recht gut behaupten. Mehrfach lenkt sie auf ein anderes Thema um, ohne daß der Berater sie "zurückholt". Sie hat, das wird sich in weiteren Gesprächsausschnitten zeigen, ganz kokette Möglichkeiten, sich als nette alte Dame mit dem interessanten Erscheinungsbild "Depression" darzustellen, nett darüber zu plaudern - so ernst die Beschwerden für sie auch sein mögen -, jedoch immer, wenn sie selbst etwas tun müßte, auszuweichen zu versuchen, gelegentlich auf das Argument ihrer nachlassenden Kräfte.

Nach dem 2. Beratungsgespräch schälen sich für den Berater - geht er davon aus, daß die Störung nach einigen Jahren Manifestation nicht mehr zu beheben ist, sondern zu verbessern, indem Hilfen im Umgang mit den depressiven Verstimmungen an die Hand gegeben werden können - vier Schwerpunkte für die Beratung heraus:

1. besprechen, welche Dinge für Frau B. positiv sind; daraus ableiten, welche Tätigkeiten sie wieder aufnehmen oder aufbauen könnte;
2. das Verhältnis zu den Töchtern ansprechen und zu einer Klärung und Entlastung verhelfen;
3. die psychische Überlastung durch zu hohe Forderungen an sich selbst nehmen = Anspruchsniveau senken;
4. parallel dazu mit den Töchtern Gespräche führen, um deren Schwierigkeiten im Umgang mit der Mutter und Gefühle der eigenen Überlastung transparent zu machen.

Das "Programm" wird gravierend dadurch behindert, daß es Frau B. in den folgenden Wochen sehr schlecht geht. Sie ist zu intensiver Mitarbeit nicht fähig und bereit,

möchte jedoch den Berater nicht verlieren (Auszug aus dem 5. Gespräch).

Szene 2 (5. Gespräch)

1 F Ja, was wars denn - ja, ich hab' ziemlich schwarze Tage hinter mir. Wegem Kopfweh, das macht mir so arg Sorgen. Ja, ja...

2 B War das wieder stärker als letzte Woche?

3 F Ja, und die Tabletten helfen eben nicht! Auch die zweiten, die mir der Herr Doktor gegeben hat, helfen auch nicht! (B: hm) Ja! Jetzt will ich noch, es steht auch drauf, im Notfall zwei Stück, das probier' ich einmal aus. Aber sonst will ich das nicht, so viel Tabletten will ich nicht!

4 B Was denken Sie denn so, wenn das Kopfweh kommt?

5 F Ja, das ist ein Problem, da hab' ich jetzt immer Angst, daß es mir gar nimmer vergeht. Das fängt da auf der Seite an, auf der linken Seite. Wenn ich aufwach morgens, dann ist es nicht da. Aber 4 - 5 Minuten, dann ist es schon da. Bloß nicht so stark. Aber dann kommts!

6 B Haben Sie denn da jetzt schon irgendwelche Zusammenhänge gefunden, haben Sie da schon mal dran gedacht?

7 F Also es muß rein von da aus gehen, von denen Depressionen.

8 B Glauben Sie, daß es damit zusammenhängt?

9 F Ja freilich! Das spür ich. Ich hab' ja vorher gar kein Kopfweh gehabt, also kaum mal, wo ich schon Depressionen gehabt ab, also sagen wir mal, vor einem halben Jahr, hab' ich nicht das Kopfweh gehabt, ja! Und jetzt ist es immer da.

10 B Wenn Sie Kopfweh haben - spüren Sie dann auch was von der Depression?

11 F Ja, bloß sinds halt dann zweierlei Sachen, gell. Und das ist dann ein bißchen arg viel... Und wenns dann wieder ein bißchen besser geht, dann bin ich auch wieder ein bißchen munterer...

12 B Jetzt wollt ich doch auf etwas anderes zu sprechen kommen: erinnern Sie sich noch so ein bißchen, was wir das letzte Mal besprochen haben?

13 F Noi, ich glaub nicht.... wissen Sie, es ging mir so schlecht, ich war so ganz unten, ich konnt an nichts mehr denken.. wenn Sies vielleicht ein bißchen hervorbringen? Daß mirs dann wieder einfällt.

14 B Wir haben uns ja vor allem auf die Dinge konzentriert, die Sie gern tun. Da haben Sie auch einen Zettel geschrieben gehabt... haben Sie den noch?

15 F Das weiß ich gar nicht... Haben Sie ihn nicht mitgenommen?

16 B Nein.

17 F Dann ist er vielleicht, wo die anderen Sachen sind; da muß ich mal gucken. ------ Ich hab' ihn doch gefunden!

18 B Ja? Prima!

19 F Ich kanns ja ohne Brille nicht so genau sehen.

20 B Doch, doch, der ist es.

21 F Das wär' eben fein, wenn ich das noch ein bißchen könnt, im Garten besser schaffen.

22 B Ja, ja, das kann ich schon verstehen.

23 F Ja,ja, das hab' ich eben noch gekonnt, bevor ich in die Klinik bin.

Frau B. ist so von ihren Beschwerden geplagt und gedanklich besetzt und möchte darüber sprechen, daß es dem Berater erst nach einem Gespräch über Kopfweh möglich ist, auf ihr Thema der letzten Stunde zurückzukommen. Es erweist sich, daß Frau B. alles vergessen hat. Es ist in diesem Stadium der Beratung nicht möglich, kontinuierlich aufzubauen auf schon Besprochenem: da Frau B. es jeweils vergißt, ist der Berater gezwungen, die gleichen Dinge in jeder Stunde zu wiederholen. (Daß unter solchen Bedingungen die Beratung als Sisyphos-Arbeit erscheinen muß, ist naheliegend).

5.2.2.1. Anspruchsniveau senken = "kleine Dinge ausbauen"

Da aus der Arbeit mit jüngeren Depressiven bekannt ist, daß der Depressive selbst sich Aufgabenstellungen zu hoch setzt (so daß er eigentlich von vornherein zum Scheitern bzw. Nichterreichen des Zieles verurteilt ist) und in der Folge bei Nichterreichen des gesteckten Zieles seine eigene (schlechte, abwertende) Meinung über sich bestätigen kann, kann richtiggehend

"geübt" werden, sich erreichbare Ziele zu stecken und endlich einmal wieder "Erfolgserlebnisse" zu haben[197]. (Beispiel: die grüne Witwe, die sich morgens vornimmt, an einem Tag alle Fenster der Wohnung zu putzen und deren Kräfte frühzeitig erlahmen: Fazit: ich bin nicht mal gut genug als Hausfrau). Bei Älteren kommt als besondere Spielart hinzu, daß sich das Anspruchsniveau an dem in jüngeren Jahren Gekonnten orientiert, wobei dies in der Erinnerung verklärt und zu hoch angesetzt wird. So wird jedes Versagenserlebnis gleichzeitig zu einem Gradmesser des erreichten Alters bzw. Abbaus. Da dazu ja in den meisten Fällen tatsächlich stattfindender Altersabbau tritt, kumulieren die erlebten Alterns- und Versagenserlebnisse, häufig bis zum Zustand der absoluten (erlernten bzw. selbst programmierten) Hilflosigkeit.

Mit Älteren, deren Gedächtnis gut funktioniert, so daß ein Aufbau der aufeinanderfolgenden Beratungsstunden erfolgen kann, ist sehr gut möglich, in Form eines Programms, das gemeinsam besprochen wird, auf eine Reduktion des überhöhten Anspruchsniveaus hinzuarbeiten.

Da Frau B. offenbar viele Dinge, die ihr noch vor ein/zwei Jahren leicht gefallen sind, nicht mehr tun kann, versucht der Berater mit ihr "kleine Dinge" zu finden, die sie gerne tut und die sie ausbauen könnte (Auszug aus dem 6. Gespräch):

Szene 3 (6. Gespräch)

1 B Ich habe mir überlegt, bevor ich heute hierher gekommen bin, was wir hier zusammen machen könnten (F: ja) und das würde ich Ihnen jetzt mal so ein bißchen erklären, (F: hm) und dann können wir besprechen, was wir weiter machen (F: ja.) - Und das ist also so, ich bemerke, diese Krank-

---

197 Zum Aufbau positiver Selbstbewertung s. Rötzer, F., Aufbau positiver selbstbewertender Reaktionen bei Depressiven, Dipl.arb, Tübingen 1978, S.56ff (Beck: kognitive Therapie).

heit ist für Sie sehr, sehr wichtig, die ist immer so ein bißchen da, manchmal ist sie stärker da, manchmal weniger (F: ja). Sie haben schon öfter gesagt, daß Sie glauben, daß die Krankheit wahrscheinlich nicht mehr weggehen kann, ...

2 F Das kann nicht sein, das spür ich.

3 B Das glaub ich auch. Sie haben mir aber auch gesagt, es sind ja auch noch andere Sachen in Ihnen drin, also es ist ja nicht bloß Krankheit da, sondern auch, zum Beispiel, manchmal können Sie Freude verspüren, wenn jemand kommt.

4 F Ja, also wenn jemand so unverhofft einmal kommt, da kann ich mich dann darüber freuen, ja.

5 B Hm, genau. Oder Sie haben mir gesagt, Sie hätten da wieder so ein bißchen Interesse...

6 F Ja, das hab' ich. Hauptsächlich am Gärtle, und das kann ich jetzt fast nicht mehr. Da fehlts an der Kraft! Das würde mir viel ausmachen, wenn ich das noch könnte.... (sie erzählt vom Tomatenaufhäufeln, daß sie das manchmal noch kann... sie schweift ab).

7 B Jetzt wollt ich auch grad versuchen, Ihnen ein bißchen deutlich zu machen, wenn wir sagen, Ihre Depression, die ist da, gegen die können wir eigentlich nichts machen. Wir können aber auch sagen, es ist auch noch was anderes da.... und das hat die Wissenschaft eigentlich auch gezeigt, daß bei der Depression ganz wichtig ist, daß man die anderen Teile praktisch stärkt oder unterstützt! Verstehen Sie das?

8 F Hm..ja,ja.

9 B Also daß für Sie ganz wichtig wäre, daß wir an den Dingen, die für sie angenehm sind, die Sie noch tun können, wo die Kraft noch reicht, auch wenns nur ganz kleine Dinge sind. Hm...

10 F Ja, ja. Mit kleinen Dingen muß ich zufrieden sein. Das hab' ich jetzt schon gelernt.

11 B Ja, ja. Ja, genau. Das ist glaub ich was ganz, ganz Wichtiges, daß Sie daran weitermachen könnten, das ein bißchen auszubauen. Das ist... wie wie, das ist im übertragenen Sinn ja wie bei einem Muskel, wenn man den ein bißchen trainiert oder so etwas.

12 F Ja, daß er dann ein bißchen stärker wird.

13 B Ja dann wird er ein bißchen stärker, ja. Das andere, das bleibt schon da, also ihre Depression, die wird schon dableiben (F: aja) aber wenn der andere Teil stärker wird, verstehen Sie, dann haben Sie vielleicht ein bißchen mehr Freude im Leben, können damit besser umgehen.

14 F Ja, ja, kennen Sie den schwarzen Arzt, ich hab' da schon einmal gefragt... jetzt hab' ich glaub ich da wieder was verloren.

15 B Ja, ich habe grad versucht, Ihnen das ein bißchen zu erklären, daß es ganz wichtig ist, daß Sie die anderen Teile in sich unterstützen.

16 F Und pflegen so gut es geht, ja.

17 B Können Sies mir vielleicht jetzt noch einmal so erklären, wie Sies verstanden haben?

18 F Ja, es kann sein, also mittags leg ich mich immer daher. Und dann kanns sein, also in der Sonne kann ich nicht arbeiten, dann krieg ich sofort Kopfweh, ja. Aber wenn ich dann irgendeine andere Arbeit, wo ich jetzt da im Zimmer machen kann, stricken tu ich. Mein Schwiegersohn, wissen Sie, der möcht so gern selbstgestrickte Socken, und der in Berlin au, der will auch ein Paar, der hat sie schon bestellt.

19 B Das ist schön, ja. Das ist sicher angenehm, solche Socken. Und das können Sie auch noch machen?

20 F Das kann ich auch noch , ja. Ich krieg dann nur mal Rückenweh oder auch Kopfweh davon. Einmal probier ichs mit den Kopfwehtabletten und einer Weile hinlegen, aber manchmal vergehts Kopfweh nicht, heut morgen bin ich davon aufgewacht (sie erzählt von ihren Sorten von Kopfweh und ihren Tabletten, dann von der Klinik).... und in die Sonne raus kann ich auch nicht, ja.

21 B Ich merke jetzt gerade, Sie haben mir schon wieder was von Ihrer Krankheit erzählt. Das dürfen Sie natürlich, das ist klar, gell (F: ja). Ähm, aber von dem her, was ich Ihnen grad vorhin versucht hab' zu erklären. (F: hab' ichs wieder weggelassen?), waren Sie wieder bei der Krankheit, also bei dem kranken Teil bei Ihnen und nicht am gesunden Teil von Ihnen.

22 F Ach so!

23 B Haben Sies verstanden?

24 F Ja,ja, das versteh ich jetzt schon. Ja, was war da der Übergang?

25 B Äh, hm, Sie haben gesagt, Sie können dies oder jenes tun, aber dann kommt auch das Kopfweh dazwischen(F: aha), und dann haben Sie mir über das Kopfweh erzählt. Ich glaub, daß das Kopfweh unangenehm ist, das ist keine Frage, das ist keine Frage, aber verstehen Sie, wir können über die Krankheit sprechen immer, oder wir können aber auch über die gesunden Sachen sprechen,

(F: hm). Und wenn wir immer über die Krankheit sprechen, dann wird der gesunde Teil dadurch nicht stärker (F: ja, ja). Verstehen Sie das?

26 F Ja, das versteh' ich wohl. Aber wissen Sie, das ist so bei mir, wie soll ich mich da ausdrücken... Das geht,... das hüpft auf einmal ganz schnell auf die andere Seite nüber, gell, ohne daß ichs will.

27 B Also daß Ihre Gedanken einfach wieder zu der Krankheit zurückkommen (F: ja!), so versteh ichs.

28 F Ja, ja! Wissen Sie, ich bin sowieso ein bißchen eine Schnelldenkerin, ja.

29 B Daß die Gedanken ganz schnell abwechseln! (F: ja, ja!) ... Aber vielleicht könnten wir es schaffen, daß Ihre Gedanken mehr bei den angenehmen Seiten bleiben, bei den Gesunden (F: hm).

30 F Ha, da bin ich schon auch (B: ja,ja, das hab' ich schon auch gemerkt), ja, das tu ich! Aber wissen Sie, dann ist das so: dann ist auch der böse Teil am Werk und tut halt so lang, wie möchte ich da sagen, aufhetzen, kann man so sagen (B: der bohrt so in Ihnen rum), ja das bohrt, ja, ja, und auf einmal rutsch ich gschwind auf die Seite nüber. Und wenn ich da hart bleib, wenn ich kann, will ich sagen, dann gelingts mir in den meisten Fällen, ja. Aber manchmal ists auch so, daß es nicht gelingt. Und da hab' ich panische Angst davor, ja.

31 B Das glaub ich, aber es ist an sich eine ganz große Leistung von Ihnen, daß es wenigstens in den meisten Fällen gelingt! (sehr aufmunternd, bestätigend) (F: ja, ja). Also das find ich ganz gut, daß das geht.

32 F Sich wehren, ja, sich wehren...

33 B Und Sie können sich, glaub ich, ganz gut wehren, ja!

34 F Also so, wenn da so ein paar Leut beieinander stehen, und ich steh' da so dazu, weil auf dem Land, da kennt man sich, und spricht gschwind einmal,da gehts ganz gut, ja, ja. (B: hm) Aber wenn ich dann schon mal in der Sache drinnen bin, und es möcht mit mir jemand reden, da hab' ich eher eine Abneigung. Wenn ich, so möcht ich sagen, keine gute Stimmung hab', wenns mir grad ziemlich schwer ist, ...

35 B Dann wollen Sie nicht mit jemand anders schwätzen.

36 F Ja.

37 B Was machen Sie denn dann?

38 F Dann geh ich weiter.

39 B Und Ihre Stimmung? Wie wehren Sie sich denn da? Wie machen Sie das?

40 F Ja, irgendetwas arbeiten, das ich gern mach.

41 B Das ist ganz richtig, das ist ganz richtig. (Sie erzählt vom Garten, von ihrem Vater, der anderen Rosen okuliert hat; vor den Abenden, wenn sie allein ist, hat sie Angst; sie könnte wohl zu ihrer Tochter rübergehen, aber wenn der Schwiegersohn daheim sei, müsse der Fernseher laufen, das könne sie nicht brauchen. Und allein ist es dann auch nichts).

Der Berater hat sich auf Frau B.s Auffassungsmöglichkeiten und Tempo eingestellt. Damit sie ihm gedanklich folgen kann, erklärt er ihr genau das beabsichtigte Stundenthema. Er läßt sie auf diese Weise an seinen Überlegungen teilhaben, was sich auf die Motivation zum Mitgehen sicherlich in den meisten Fällen positiv auswirkt. - Da in den vorangegangenen Stunden der Widerstand gegen die Aufgabe der Depression immer wieder deutlich geworden war, macht der Berater Frau B. klar, daß er ihr die Krankheit nicht "wegnehmen" will (1,3,7,13), sondern daß es eben neben ihrer depressiven Seite andere wichtige Persönlichkeitsbereiche gibt: es ist nicht nur Leiden da, sondern auch Freude. Da Frau B. ja seit Jahren unter depressiven Verstimmungen und körperlichen Begleitbeschwerden leidet, ist vorstellbar, daß sie, auch wenn es für sie beschwerliche Störungen sind, diese so weit integriert hat, daß sie "zu ihr gehören": sie läuft ja auch Gefahr, Wichtiges zu verlieren (erhöhte Aufmerksamkeit der Kinder, Besuche von Bekannten und vom Pfarrer z.B.), was sie durch die Störung gewohnt ist zu erhalten (sekundärer Krankheitsgewinn). Es müssen tatsächlich erst andere, positive Lebensmöglichkeiten

eröffnet oder ausgegraben und aufgebaut werden, bevor sie von alten Abschied nehmen kann.

Der Berater vergewissert sich zweimal, ob Frau B. verstanden hat, was er ihr nahezubringen versucht (7/17). Beim ersten Mal ist ein Zögern auf ihrer Seite spürbar. Ausschlaggebend ist das Bild vom Muskel, der gestärkt werden kann; das feed-back Frau B.'s darauf ist lebhafter.

Bei der eigenen Konkretisierung - was kann an Positivem gestärkt werden (19-20)? - schweift Frau B. binnen kurzem wieder ab zu ihren Beschwerden. Durch diesen "Ausrutscher" entwickelt sich ein intensives, dichtes Gespräch über ihr "Hüpfen" von angenehmen zu beschwerlichen Dingen. Da es ihr im Gespräch aktuell passiert ist und sie sofort darauf hingewiesen wird, kann sie es fassen. Sie versucht dem Berater zu erklären, wie es da immer in ihr „hetzt und bohrt". Der Berater greift hier wieder das Positive auf - daß es ihr zu einem Teil gelingt, beim Angenehmen zu bleiben - und verstärkt diese Haltung mehrfach positiv. Sie kann selbst benennen, was ihr hilft, sich gegen Stimmungsumschwung zu wehren: etwas arbeiten, was ihr angenehm ist. Sie ist damit selbst dahin gekommen, hat es sich mit Hilfe des Beraters selbst erarbeitet, was ihr im Umgang mit den Beschwerden nützt.

Der Berater schließt deswegen hier die konkrete Planung, die schriftliche Fixierung an:

Szene 3 (Fortsetzung)

42 B Ich würd' also vorschlagen, daß wir dann jetzt zusammen so eine Liste machen von lauter Dingen, die Sie gern tun (F: mhm), und die Liste können Sie sich aufheben und wenn Ihnen nichts einfällt, was Sie tun könnten, dann können Sie da gucken, was Sie eigentlich noch machen könnten.

43 F Ja, ja. Ja, im Sommer ist da mehr Gelegenheit, nicht! Weil wir einen Garten ums Haus haben,

und ich sollte bloß noch ein bißchen mehr Kraft haben, und das hab' ich so arg gern getan, Gartengeschäft!

44 B Eben dann müssen wir uns Sachen überlegen, wo Ihre Kraft noch reicht. Ganz kleine Sachen, die Sie aber dennoch gern tun. Und da würd ich jetzt mal ganz gern bleiben: bei den Dingen, die Sie gern tun (spricht sehr bestimmt, energisch). Und ich würd vorschlagen, daß wir das mal aufschreiben, ja (F: ja, ja!), damit wir's nicht vergessen, ja?

45 F Hm. ..... Ist die Zeit bald wieder um,gell?

46 B Ja, ja, bald. Aber das müssen wir heute ja nicht fertigmachen (F: ja.). Schreiben wir einfach mal drüber: Dinge, die ich gern tue.

47 F Ja, ja, hm..... also: "Im Garten arbeiten".

48 B Schön, halten wir es gleich fest. Haben Sie da grad noch ein paar Beispiele für ganz kleine Sachen? Im Garten arbeiten können ja ganz verschiedene Sachen sein.

49 F Ja, ja.

50 B Also Tomaten ausbrechen, das wäre doch eine solche Sache?

51 F Ja, ja. Und ich denk, daß ich das auch noch kann: wissen Sie, da muß man doch so Häufele rauf machen (B: ja,ja), das wissen Sie, gell? Und das probier ich.

52 B Also: "den Boden anhäufeln".

53 F Ja, ja.

Bis Ende der Stunde werden weitere Dinge besprochen und notiert.

Frau B. gerät wieder ins alte Fahrwasser - ihr fehlt die Kraft, es muß Sommer sein - , der Berater muß sie bei der Sache halten. Da er merkt, daß sie "abhaut", wird er richtig energisch. Ihre darauf folgende Frage nach dem Ende der Stunde kann so interpretiert werden, daß sie hier nicht mehr will; sicherlich war das Gespräch, das dem Abschnitt hier vorausging, für sie anstrengend. Der Berater will die Liste aber wenigstens anfangen, da er davon ausgeht, daß er in der nächsten Stunde wieder mühsam an das Erörterte anknüpfen muß, weil Frau B. wahrscheinlich einiges bereits wieder

vergessen haben würde. Es wird eine kleine Liste von Tätigkeiten erarbeitet, die sie da behält. Es wird verabredet, daß sie die Liste auch benutzt, sie muß es ihm versprechen. Damit sie sie nicht wieder verlegt, wird gemeinsam ein Platz ausfindig gemacht, wo sie den Zettel immer zur Hand hat.

5.2.2.2. Positive Dinge / Tätigkeiten aufbauen

Die sechste Stunde hat Frau B. Auftrieb gegeben. Sie überrascht den Berater damit, daß sie selbst weitere Dinge - und nicht wenige - notiert hat. Noch wesentlicher ist, daß sie einen Plan für eine Überraschung ihrer Kinder ausgeheckt hat, etwas ganz Eigenständiges, Zukunftsbezogenes, Erfreuliches sich ausgedacht hat:

Szene 4 (7.Gespräch)

1 F Ja, das war jetzt vor ein paar Tagen, da hab' ich das gschwind hingesudelt.

2 B Haben Sie wieder was aufgeschrieben?

3 F Ja! (Lacht, etwas verlegen). Ja, das, was ich gern tu!

4 B Ja, gut! Haben Sie das aufgeschrieben, ja!

(Sie spricht über ein Ziehen in den Beinen, das sie hat; der Berater meint, daß sie vielleicht einfach Muskelkater hat: sie hat sich in der vergangenen Woche körperlich betätigt)

5 F Jetzt les' ich mal das, was ich da aufgeschrieben hab. "Ich sehe gerne Bilder von meinen Kindern; ich gieße gern die Blumen (B: hm); ich gehe gerne in den Garten um zu sehen, was gewachsen ist; jetzt - wie heißt das? Ach ja: wenn ich abends ins Bett gehe, höre ich gerne noch einen Choral auf meinem Plattenspieler (B: hm, ja, schön!), ja; ich schreibe gerne meinen Kindern nach Berlin einen Brief; ich sehe gerne ganz kleine junge Hasen - das hab' ich neulich da drüben gesehen, wissen Sie, 7 so ganz kleine, ungefähr so groß, gell, das ist doch was Schönes (B: ja, die sind nett,ja); ich trinke gerne Saft (B: hm); ich stricke gerne; ich koche gerne; ich esse gerne süße Speisen, ich esse gerne Speisen" (B: ja (anerkennend)) - jetzt ist es glaub ich aus.

6 B Ha, das ist aber sehr gut! Da haben Sie ja eine ganze Menge von erfreulichen Sachen da aufgeschrieben! (F: ja,ja) (lacht, freut sich, daß er sie lobt).

7 F Soll ich das da aufbewahren?

8 B Ja! Das sollten Sie unbedingt aufbewahren; ganz unbedingt (F: hm, ja, ja). So daß Sie immer, wenn Ihnen grad nichts einfällt oder wenns Ihnen schlechtgeht, können Sie sich dran erinnern, was Sie eigentlich für schöne Sachen auch haben (F: ja,ja, hm), und dann können Sie vielleicht sowas machen!

9 F Ja, ich hab' grad - was wollt ich sagen - das schießt immer so schnell durch den Kopf und dann vergeß ichs wieder - hm, es ist weg (beide lachen). Ja, die Kinder haben mir gestern einen Brief geschrieben; ich glaub ich hab' Ihnen schon erzählt, daß sie ein Grundstück gekauft haben; hab' ichs nicht erzählt? (B: nein,...) Ja, in Berlin, (sie erzählt von dem Grundstück). Und jetzt muß ich Ihnen aber auch erzählen, was ich mir ausgedacht hab': wissen Sie, wir haben da hinten eine Waschküche. Und da ist mir auf einmal eingefallen: also der Boden ist nicht mehr schön, der ist halt mit der Zeit so ein bißchen rausgebröckelt, das ist so ein Betonboden, ja, und da hab' ich mir zurechtgelegt: also man könnte da ein ganz nettes Kinderzimmerle kann man eigentlich nicht ganz sagen, weils eben aus Stein ist, es ist eben wie eine Waschküche gebaut! (B: ja,ja) Jetzt hab' ich gedacht, könnt man es für die Kinder machen; müßt man erst mal die Latten runter und gipsen und dann das Ganze gipsen, ja, und dann hab' ich mir ausgedacht, also da gibts ein Regalfach, da könnten sie die Sachen reintun, die Kindern nicht, und sehen Sie, da hab' ich mich heut morgen ganz lang damit beschäftigt ja (freudig).

10 B Ja, das finde ich auch eine gute Idee!

11 F Ja! Und dann hab' ichs meinen Kindern gesagt, und denen würd' ich das dann zahlen, und denen anderen den gleichen Betrag auch.

12 B Damit jeder gleichbehandelt worden ist.

13 F Ja. Und die sind gar nicht dagegen, meine Kinder!

14 B Hm. Ich find das auch. Das ist eine sehr gute Idee. Und wenn sie dann zu Besuch kommen, dann können sie da schlafen.

15 F Eben ja, und wenn es heiß ist, dann ist es da recht kühl in der Waschküche. Da täten das meine jungen Leut in die Hand nehmen, denn wissen Sie, vor Handwerkern hab' ich Angst, und die tät ich überraschen (B: ach, die wissen nicht davon), nein, die wissen nichts davon! So kommt man auf Sachen! Da hab' ich noch nie dran gedacht. Dann einmal am Morgen, wenn ich da so wachlieg', denk ich so Sachen. Ja, hm.

16 B Das ist jetzt richtig was, wo Sie sich drüber freuen können! Da können Sie sich ja jetzt so richtig ausmalen, wie das dann mal so sein wird!

17 F Ja, ja. Hm, hm. Ja, auf solche Sachen muß ich mich immer besinnen. Und gestern mittag hab' ich gestrickt, das gibt ein Paar Strümpf für den Berliner - nein erst für den anderen Schwiegersohn. Da ist ein Paar bald fertig: und Kopfweh hab' ich die letzte Zeit dabei auch nimmer so, das hab' ich sonst leicht gekriegt. Ich hoff', daß es nimmer so kommt! (B: ja)

18 B Ich glaub, daß das ganz gut ist, wenn Sie so schöne Sachen machen, das tut dem Kopf sicher auch gut. Solln wir das nicht da dazuschreiben? Das sind doch Dinge, die sie gern machen? (F: ja!) Wollen Sies selber da dazuschreiben?

19 F Machen Sies doch! Wenn mir jemand zuguckt, kann ichs nicht so gut.

20 B Also schreiben wir hin: das war "Pläne schmieden" eigentlich.

21 F Ja, ja.

22 B Zum Beispiel die Waschküche umbauen.

23 F Ja.

24 B Und - dabei war eigentlich, daß es Ihnen Freude macht, anderen eine Freude zu machen. (F: ja, ja, ja).

Die intensive, am Thema bleibende Arbeit der letzten Stunde trägt Früchte. Frau B. hat sich in der Zwischenzeit wieder Aufzeichnungen gemacht, ohne dazu aufgefordert gewesen zu sein. Obwohl die vergangene Beratungsstunde für sie anstrengend gewesen war, hat sie doch (oder gerade deswegen) motivierend fortgewirkt. Besonders erfreulich ist (im Gegensatz zu Szene 1), daß Frau B. hier ohne Zögern ihr "Produkt"

vorträgt, flüssig, ohne viel Entschuldigungen - sie ist richtiggehend stolz darauf.

Bei ihrem Plan mit dem Ausbau der Waschküche hat Frau B. nicht nur an sich gedacht, sondern vor allem an die Freude ihrer Kinder. Das ist insofern neu, als sie in den ganzen vorausgegangenen Gesprächen nur um sich selbst und die eigene (schlechte) Situation gekreist war, obwohl beide Töchter am Ort nach eigenen Berichten massive Probleme haben, die der Mutter nicht ganz verborgen hatten bleiben können. Sprach sie von den Kindern oder anderen Bekannten, dann nur über deren Verhalten ihr gegenüber. - Der neue Plan nun bringt ihr selbst Beschäftigung, den Kindern Freude und damit wieder ihr selbst Vergnügen. Und sie hat etwas für sich getan: sie holt die Kinder auf diese Weise zu sich ins Haus, kann sich selbst einmal als gastfreundlich erweisen. - Festzuhalten bleibt außerdem, daß es sich hier offenbar nicht um eine "Blitzidee" handelt, sondern sie die Fähigkeit besitzt, sich längere Zeit gedanklich und praktisch mit dem Vorhaben auseinanderzusetzen.

Die überraschend positive Wende ist als vorläufige Besserung zu betrachten. Da bei Frau B. recht plötzlich wieder ein Stimmungsumschwung eintreten kann, bleibt abzuwarten, ob die Besserung von Dauer ist. Die eindeutig positive Verstärkung durch den Berater dient dazu,die gute Veränderung zu stabilisieren.

Zusammenfassend zu 1.1. und 1.2.: In den folgenden Stunden werden einige weitere Dinge erörtert, die Frau B. gerne tut und die sie wieder aufnehmen könnte. Es findet ein ausführliches Gespräch statt über die Anschaffung eines Tieres: was gefiele ihr und welches Tier macht so wenig Arbeit, daß sie es gut schaffen könnte? Frau B. kommt auf die Möglichkeit der Anschaffung eines Aquariums: das mache nicht so viel Arbeit, die Fische seien ständig da und sie hätte Freude am Angucken.

5.2.2.3. Verhältnis zu den Töchtern klären

Der Anstoß, über die Beziehung zu den Töchtern und deren Familien zu sprechen, muß vom Berater kommen, da im 1. und 2. Gespräch Frau B. das Thema nicht erwähnt, es ihr also entweder nicht problematisch erscheint oder sie nicht darüber sprechen möchte. Da ja auf der anderen Seite von beiden Töchtern ganz stark an den Berater herangetragen worden war, ihnen die Überbelastung durch die Mutter zu nehmen, macht er im 3. Gespräch einen vorsichtigen Vorstoß in diese Richtung; er möchte nicht unbedingt für Frau B. ein Verhältnis problematisieren, das sich ihr ja harmonisch darstellen kann.

Szene 5 (3. Gespräch, Mitte)

1 B ... Diese Lebenskraft, die doch in Ihnen drin ist.

2 F Ja? B Die merk ich immer wieder F hm.

3 B Sie können sich wehren (F: ja, ja).

4 F Hm. Manchmal denk ich am Abend, ja wie isch eigentlich der Tag vorübergange? Und no merk ich daß so in den Gedanken und so nicht viel Besonderes war. Ja.

5 B Hmm. Und was heißt das dann?

6 F Des isch ja gut! (B: hm) Des isch gut. (B: hm). Aber es sind dann auch wieder manche Tag, wos dann doch ein bißchen hapert - ob der Tag vorübergeht oder wie, oder wie er wird.

7 B Wo Sie ein bißchen mehr kämpfen müssen.

8 F Ja. .... Dann geh ich auch immer gern zu meiner Tochter nüber; und die andere Tochter war auch schon da heut morgen (B: hm), zu dere geh ich - bei der eß ich regelmäßig am Sonntag. Da krieget die Kinder Orangen und Schoklad, und d'Oma ißt bei ihne (sehr satt im Ton). Ja, hm. Ja.

9 B Hm. Wie kommet Sie denn so mit Ihren Töchtern aus in letzter Zeit?

10 F Ha gut, (B: hm), ja, ja. Also d' Margret, das hab' ich glaub schon mal gsagt, daß di manchmal ein bißchen schnell äh wie muß ich mich ausdrücken, sie ist manchmal ein bißchen explosiver. (B: hm)

11 B Hm. Des geht schnell hoch.

12 F Ja. Des geht rasch, aber dann ischs auch schnell wieder vorbei. (B: hm) Ja. Also sie wills auch bei mir recht machen. Sie bemüht sich sehr!

13 B Das merken Sie.

14 F Ja, ja. .. Des isch au, möcht ich sagen, des isch au beim Mann manchmal nicht andersch. Da geht sie manchmal hoch.

15 B Und wie isch des für Sie, wenn sie wegen Ihnen hochgeht?

16 F Bei mir? Ja, das isch natürlich nicht so schön für mich. Ja, da muß ich mich manchmal wehren, daß es nicht zu tief neigeht. (Beide: hm, hm) Aber das tut sie eigentlich net oft. Das kommt selten vor. Sie weiß na scho au, daß i des net brauche kann.

17 B Wann war des das letzte Mal, daß sie da so hochgegangen isch? (F: ja, was soll i sage?) Wars vor ein paar Tag, oder ischs schon paar Wochen her?

18 F Noi, noi, in den letzten Tagen überhaupt net. Gestern hab' ich auch wieder drüben gessen. Manchmal da hab' ich mein Sach schon.. wissen Sie, ich tu mirs manchmal abends schon aufschreiben, was ich am andern Tag koch.

19 B Ja. Hm.

20 F Und da war in der Küche auch schon alles bereit, Kartoffeln han i kochen wollen und Würstle reinschneiden und zwei Eier han i kochen wollen dazu, und ...Rhabarber hab' ich auch noch gehabt, ja ..... und dann hat sie gesagt, Mama, Du ißt bei uns heut. Dassagt sie dann immer so ganz bestimmt.

21 B Ja, ich wollt grad sagen, das ist so ein Befehlston!

22 F Ja, ja! Ja, ja... (B: hm)
Und Kinder haben überhaupt Freude, wenn ich komm. Denen bring ich dann auch meistens wenn ich was da hab' was mit. (B: ja) Einen Teller voll.

23 B Ja, ja. Aber wenn die Ihnen das so bestimmt sagt, dann können Sie eigentlich gar nicht machen, was Sie wollen, oder? (F: Mit dem Essen?) Haja, wenn sie Ihnen jetzt einfach so bestimmend sagt, "Du ißt jetzt heut mit uns" - und wenns jetzt Ihnen mal nicht so recht ist, was machen Sie dann?

24 F Äh...äh... wenn ichs Meine schon gerichtet hab', dann sagt sie "Das kannsch morgen kochen" (B: hm)."Heut kommsch jetzt einmal zu uns" (B: hm) ja.

25 B Freut Sie das dann?

26 F A ja, ich geh schon gern rüber! Und der Schwiegersohn, der isch au immer arg nett zu mir! (B: hm) Da kann ich nichts sagen, ja.... Der isch bloß, wissen Sie, der isch in dem Autohaus S....., hab' ich glaub schon mal erzählt (B: ja, ja, das haben Sie mir schon einmal erzählt), und das ist meist zu viel, was an ihm hängt. (Spricht kurz über Arbeit und Verdienst der beiden Schwiegersöhne)

27 B Aber dann gehn Sie doch sehr gern da rüber, zu Ihrer Tochter.

28 F Ja, ja! Bloß, wissen Sie, äh,.. ich geh bewußt nicht zu viel nüber.

29 B Hm, hm. So wies Ihnen grad recht isch, so.

30 F Ja. Nicht daß es einen schönen Tages zu viel wird, das möcht ich nicht! (B: hm, ja, das find ich wichtig).. Und dann kann sie aber auch sagen, Mutter was isch denn, Du kommst ja heut gar nicht, ja. Du bist noch gar nicht bei uns gewesen! Ja, also das will sie nicht! Da tut sie mich dann ein bißchen tadeln, warum ich nicht komm! Ja.

31 B Und was machen Sie dann?

32 F Dann hat es meist irgendeinen Grund!

33 B Wie... was für einen Grund?

34 F Vielleicht daß jemand zu mir gekommen ist oder daß ich eben etwas Bestimmtes vorgehabt hab' zu tun, ja, hm.... Ha, dann kanns auch mal sein, da ruft sie an und sagt, warum kommsch denn auch gar nicht rüber? Ja..

35 B Und dann sagen Sie, ha, es war jetzt grad jemand anders da, oder ich hab' jetzt grad keine Lust mehr, oder so etwas?

36 F Ja! Ja, hm! Ja! Ha nun, durch die beiden Kinder, die gehen dann zwar zum Schreiben und Lernen immer oben rauf, aber durch die hat sie dann auch noch... und dann geht sie selber auch noch ziemlich oft in die Stadt rein mit dem Auto, ja. Da hat sie dann auch noch Bekannte... wissen Sie, durch die Kinder, die wo ind Schul rein gehen nach hat sie da dann eben auch Leut! (B: ja,ja, hm) Des war früher net so, das ist ein ganz anderer Haushalt jetzt. Ja. Das isch ja bei allen so, heutzutag, gell. (B: hm) Daß das Leben andersch isch, ja. (Pause) Ja, hier hat sie auch ... wissen Sie, er war Vorstand vom Tennisverein... (erzählt vom Schwiegersohn).

Frau B. ist in der glücklichen Situation, an Tagen, an denen sie "mehr kämpfen" muß, jemanden zu haben, zu dem sie einfach hingehen kann (typisch für Depressive ist die verstärkte Verstimmtheit am Vormittag, wo der Tag als noch unstrukturierte Zeit unbewältigbar erscheint). Entgegen ihren Berichten im Erstgespräch, in denen sie bedauert hatte, daß sie mit den Töchtern leider nicht alles besprechen könne, weil beide nur begrenzt belastbar seien, stellt sie hier das gegenseitige Verhältnis als recht harmonisch dar. Ja, in ihren Augen ist es sogar so, daß sie selbst sich oft zurückhält (oder tatsächlich etwas anderes zu tun hat), die Töchter dann aber nach ihr fragen und sie geradezu "nötigen", zu ihnen zu kommen.

Vor allem die Tochter Margret ist es, die sich sehr um sie bemüht, dann aber auch schneller "hochgeht". Der Formulierung von Frau B. - sie müsse sich "wehren", damit es nicht so tief "reingeht" (16) - ist zu entnehmen, daß sie sich in solchen Situationen offenbar nicht überlegt, ob sie berechtigterweise dem Zorn ihrer Tochter ausgesetzt ist und ihr Verhalten ändern müßte, sondern daß sie auf Abwehr stellt: die Tochter ist als leicht erregbar in Familienkreisen bekannt, also wird es wieder eine ihrer Launen sein, es geht ja auch immer schnell vorbei. Die Tochter macht offenbar die Einwände der Mutter gegenüber ungeschickt geltend, so daß Frau B. sich letztlich nie ernsthaft angesprochen fühlt.

Obwohl aus den Berichten Frau B.'s nur einseitig geschlossen werden kann, deutet sich hier schon an, daß in der Interaktion zwischen Mutter und Töchtern etwas "schief" läuft: die Mutter fühlt sich eher gebeten, die Töchter fühlen sich überlastet. Es ist anzunehmen, daß das Erleben von Über-Beansprucht-Werden der Töchter unabhängig von der realen Präsenz der Mutter gegeben ist. Die gedankliche Präsenz des Pro-

blems - die Mutter ist depressiv, hat ja bereits einmal einen Selbstmordversuch unternommen, nach ihr muß man gucken - stellt das eigentliche Problem dar.

In einer späteren Stunde kommt Frau B. auf die Beziehung zu den Kindern an einer für den Berater unerwarteten Stelle zu sprechen (8. Stunde, Mitte). Das Notieren des Wochenverlaufs ist als "Programm" beibehalten worden.

Szene 6 (8. Stunde)

1 F Hab' ich jetzt alles gelesen? B: ich weiß nicht genau.

2 F Das hab' ich gelesen. B: Ja, das haben Sie gelesen. (Beide schauen gemeinsam in die Blätter)

3 F Das glaub ich noch nicht. "Es ist mir, als wollte sich irgendwo in der Ferne ein Wohlgefühl bemerkbar machen"- hab' ich das schon gelesen?

4 B Nein, nein, das haben Sie noch nicht gesagt. Ha, das ist ja was ganz Wichtiges!

5 F Ja, ja! Das ist doch wichtig!

6 B Allerdings!

7 F Ja!

8 B Hm. Also ganz entfernt spüren Sie, daß da was kommt, ja?

9 F Ja! Ja!

10 B Wie ist das, wenn Sie da so was merken, was spüren Sie da bei sich?

11 F (unverständlich)... Und ich glaub, Sie merken das auch an mir, daß ich ein bißchen lebhafter schon geworden bin.

12 B Hm. Ja. Sie machen grad einen ganz guten Eindruck.

13 F Ja, ja. Hm.

14 B Das merk ich, daß Sie sich ganz wohl fühlen in Ihrer Haut so.

15 F Ja... Also wissen Sie, im ganz Innersten liegt schon ein Brocken noch. Das spür ich.

16 B Hm. Aber - da ist also noch so ein Kloß da, aber außenrum ist auch einiges, was sich ganz gut anfühlt.

17 F Ja. Ja. Hm. - Also man redet nicht mehr so viel darüber in der Familie, ja, mein Schwiegersohn kann das sowieso gar nicht brauchen, ja, meine Tochter ist auch ein bißchen anfällig, die kanns auch nicht brauchen - mein Schwiegersohn, nicht daß ers nicht ertragen kann, der ist schon ein bißchen robust, ja, aber der wills nicht, der will nicht belästigt werden, so, ja. Aber er ist trotzdem nett zu mir, da kann ich nichts sagen. Wie haben ein gutes Verhältnis. - Das ist auch schön, wenn man so nah beianeinder ist, gell, das ist auch viel wert, ja... (lange Pause)

18 B Also da würd ich schon gern grad mal bleiben, bei Ihrem Verhältnis zu der Margret. Ich hab' schon den Eindruck, daß Sie sich gegenseitig auch belasten.

19 F Wir beide?

20 B Ja. Sie glauben, Sie können ihr nichts sagen von Ihrer Stimmung, und das bedrückt Sie selber ja auch wieder, wenn Sie das nicht sagen...

21 F Ja, das bedrückt mich schon manchmal. Aber sagen Sie ja nichts zu ihr!

22 B Wollen Sie das nicht, ja....

23 F (unterbricht ihn) Gell, sie ist eben selber... wie kann ich sagen... empfindlich, ich hab' immer das Gefühl, daß sie selber irgendwo Angst hat vor solchen Sachen, ja...

24 B Das kann schon sein, hm... daß Sie ihr das deswegen nicht so zeigen wollen?

25 F Ja... ja.

26 B Also es sind an sich zwei Dinge die Sie wollen: auf der einen Seite wollen Sie es ihr irgendwie sagen, wie es Ihnen geht (F: ja, ja), auf der anderen Seite wollen Sie sie nicht bedrücken.

27 F Hab' ich den Mut nicht! Damit sie nicht auch so unter der Sache leidet! Ich weiß, sie ist auch etwas zart besaitet und sie kann so Sachen nicht brauchen!

28 B Ja, ja, das kann ich schon verstehen.

29 F Ja, wisset Sie, sie kann am Tag schon öfter sagen, komm doch ein bißchen rum, ich bin grad am Bügeln, oder letzte Woche, da hab' ich doch den Socken für den Schwiegersohn in B...

30 B Ja, ja, ich weiß, die Socken!

31 F Aber wenn ich so dran bin, wie jetzt diese Woche grad, ja... das möcht ich ihr dann nicht sagen.

32 B Glauben Sie nicht, daß sie es ein bißchen spürt, auch wenn Sie es ihr so direkt nicht sagen?

33 F Schon, ja, ja... aber dann sprech ich über andere Sachen, was ich am Tag zuvor gemacht hab' ... oder ich geh dann gar nicht nüber, an so Tagen wie heut... jetzt häng ich grad halt ganz unten!

34 B Ja, ja. Das kann ich verstehen. Aber wir haben ja auch immer wieder gesehen, daß es sich verändert.

35 F Ja. Hoffet Sie, daß es wieder anders wird?

36 B Ja.

37 F Ja, am Freitag geh ich ja zum Herr Doktor, und sag ich ihm dann auch alles, gell!

38 B Sicher... aber in Ihrem Kampf möcht ich Sie schon unterstützen.

39 F Ja, ja, ja.... Es ist eine Schweinerei sondergleichen, daß es sowas gibt, ja.
(Es folgt eine Erzählung über die Kinder in B.)

"Es ist mir, als wollt sich irgendwo in der Ferne ein Wohlgefühl bemerkbar machen" (3) - ein sehr positiver, hoffnungsvoller Gedanke, den der Berater als sehr wichtig auch herausstellt. Vor allem da Frau B. ihn in einer Woche schriftlich festgehalten hat, in der es ihr eigentlich sehr schlecht ging. Sie hält immer noch nicht lange aus, daß man bei den positiven, angenehmen Dingen bleibt, sondern betont, daß es ihr immer noch schlecht geht. Beim Themawechsel auf die Resonanz in der Familie der Tochter ist zunächst eigentlich offen, wie sie es meint: faßt sie positiv auf, daß nicht mehr so viel gesprochen wird über ihre Befindlichkeit, oder erscheint es ihr als Manko? Hier ist eine der Stellen, wo man erst dem Tonfall der Stimme entnehmen kann, was sie ausdrücken will: daß es für sie bedauerlich ist, daß die Familie "es" nicht "brauchen" kann. Dann ist ihr Schwenker zu werten als weitere Betonung dessen, daß es ihr - trotz des Wohlgefühls in der Ferne - immer noch nicht richtig gut geht. Der Berater beginnt hier nochmals ein Gespräch über die Beziehung zu den

Töchtern. Erstaunlich ist, wie gut Frau B. erfassen kann, daß ihre Tochter Margret selbst Angst hat "vor solchen Sachen" (was Tochter M. dem Berater im Gespräch bestätigt). Frau B. möchte der Tochter ihre depressiven Anflüge nicht mitteilen, M. bemerkt sie sehr wahrscheinlich dennoch. Der Berater versucht Frau B. dies klarzumachen. Von Seiten der Tochter wie der Mutter wird als Strategie Vermeidung angewandt: Frau B. erzählt, daß sie eben jetzt an solchen Tagen nicht hinübergeht - wobei sie offenbar nicht bedenkt, das auch dies für die Tochter sehr deutliche Signalwirkung hat. Frau B.'s Erzählung, daß sie dann die Tochter meidet, macht das Verhalten von M., wie es die Klientin geschildert hatte, verständlich (Szene 5, 20/24): da die Mutter nicht erscheint, sucht M. sie dann auf - mit der Vorannahme, daß es der Mutter schlecht geht; aus diesem Gefühl heraus meint sie die Mutter einladen zu müssen, obwohl Fernbleiben der Mutter ja nicht unbedingt Schlechtergehen bedeuten muß: Frau B. berichtet, daß sie dann u.U. auch anderen Besuch hat oder selbst gerade am Kochen war, was ihr nach früheren Berichten Spaß macht. Es entsteht Beziehungskonfusion: Tocher M. hat die Hypothese, daß es der Mutter schlecht geht, lädt sie ein - Frau B. fühlt sich aufgefordert, obwohl u.U. andere Aktivitäten möglich wären. All dies wird dadurch in Gang gesetzt, daß das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter nicht geklärt ist und die eigentlich schwerwiegende Dinge nicht angesprochen werden dürfen. - Das Verhältnis zur anderen Tochter scheint klarer und abgegrenzt (Szene 5, 8): es gibt ein feststehendes Arrangement. Der feste Termin ist immer gegenwärtig, darauf kann Frau B. sich freuen und verlassen. Das Angenehme dieser sonntäglichen Essen drückt sich auch in der bestimmten Art aus, wie sie dem Berater davon erzählt.

Das Verhältnis zur Tochter M. wird letztendlich nicht geklärt. Sowohl die Tochter wie die Mutter möchten sich über die schwierigen Punkte in ihrer Beziehung nicht auseinandersetzen. Der Berater kann Frau B. schlecht klarmachen, daß Gespräche das Verhältnis entspannen könnten, da sie ja das Verhältnis als im Großen und Ganzen in Ordnung erlebt. Wie die Tochter die Beziehung sieht, kommt in mehreren langen Gesprächen zwischen Berater, Tochter M. und der zweiten Tochter, die am Ort lebt, zur Sprache.

5.2.3. Gespräche mit den Töchtern

Leider lehnten beide Frauen ab, daß die Gespräche aufgezeichnet wurden. Die folgenden Ausführungen sind Rekonstruktionen aus dem Gedächtnisprotokoll des Beraters und somit fragmentarisch.

In einem ersten Gespräch alleine mit Frau M.C. ergibt sich: der Suizidversuch der Mutter hat bei ihr zu einem Zusammenbruch geführt. Sie mußte danach längere Zeit nervenärztlich behandelt werden. In der letzten Zeit empfindet sie sich selbst als psychisch angegriffen, da sie eine Unterleibsoperation machen lassen mußte, zwar nachträglich mit gutem Befund, aber zuvor zweifelhafter Prognose. Sie fühlt sich selbst anfällig für Depressionen. Ihr Hauptproblem ist, daß sie ihr derzeitiges Dasein von der Mutter bestimmt sieht. Sie ist durch deren Depression stark belastet; Wut auf die Mutter kann sie kaum zulassen. Sie gibt durchaus zu, daß sie Konflikten aus dem Weg geht - eine Konfrontation mit der Mutter scheint ihr unmöglich. Frau C. bestätigt die Vorstellung des Beraters von einer Familie mit starken gegenseitigen Abhängigkeiten. Dennoch möchte sie sich auf eine längere Auseinandersetzung und Klärung ihres Verhältnisses zur Mutter nicht einlassen.

In zwei weiteren Gesprächen mit beiden Töchtern artikulieren beide Frauen nochmals, was Frau C. damals, als sie wegen der Mutter in die Beratungsstelle kam, bereits ausgesprochen hatte: sie wollten keine Mehrbelastung, sondern Entlastung. Sie selbst wollen sich nicht weitergehend mit der Problematik befassen, da sie keine Hoffnung auf Veränderung haben. Der Berater erklärt, wie er die Problemlage sieht: die Familie als gut funktionierendes System, mit der Mutter als Symptomträger. Beide Frauen reagieren zurückhaltend und bringen das Gespräch auf die Mutter zurück. Sie fühlen sich durch die Mutter in Bezug auf die eigene Familie eingeschränkt. Die Mutter sei undankbar; Z.B. sollen die Töchter bei ihr putzen, niemand sonst. Ihre Klagen lassen sich auf die Formel bringen: "Wir tun unser Bestes, aber sie verlangt immer noch mehr".

5.2.4. Fortgang und Ende der Beratung

Die Beratung ist zwar nicht unbefriedigend, führt jedoch nicht in dem Maß weiter, wie es sich der Berater vorgestellt und für möglich gehalten hatte. Frau B. scheint ganz zufrieden: (Ende 9. Stunde, beim Ausfüllen des "Klientenfragebogens", Frage 3: "Im heutigen Gespräch bin ich irgendwie weitergekommen").

Szene 7 (9. Stunde)

1 F Ja, was verstehen Sie unter dem "weitergekommen"?

2 B Ha, wenn Sie jetzt, wenn Ihnen was ein bißchen eingeleuchtet hat, wenn Sie etwas verstanden haben sollten, z.B. den Zusammenhang, über den wir grad nochmals gesprochen haben: wenn ich mich mit angenehmen Dingen beschäftige, dann ist die Angst nicht so stark da.

3 F Ja! Eine große Angst hab' ich nicht gehabt.

4 B Aber daß Sie sich auch wirklich diesen Zusammenhang im Kopf behalten. Wichtig ist nämlich, daß Sie angenehme Dinge machen. Deshalb schreiben wir die ja auch alle auf, daß Sie mal ganz viele Möglichkeiten haben.

5 F Ach so, aha, daß es für mich nachher irgendetwas gibt, wo ich immer nachsehen kann.

6 B Ja.

7 F Ach so ist das gedacht, aha.

8 B genau.

9 F Ha, das kann ich schon sagen!

10 B Hm, dann machen Sie hier ein Kreuzchen hin. Fällt Ihnen dazu noch was ein?

11 F Ha, ich möcht sagen, daß wir uns gut verstehen!

12 B Ja.

13 F Ja.

14 B Hm.

15 F Ja.

16 B Hm.

17 F Jetzt wo kommt das rein?

18 B Ja, das müssen Sie dann einfach so hinschreiben.

19 F Ich bin so wackelig.

20 B Das macht mir nichts aus.

21 F Also wie soll ich das jetzt hinschreiben?

22 B Einfach so eine Zeile drauf.

23 F Ich schreib: Wir haben uns gut verstanden .... manchmal ist es ganz arg (sie meint ihre zittrige Schrift) So!

24 B Und wenn Ihnen noch was Neues zu der Liste mit den angenehmen Dingen einfällt, schreiben Sie es ruhig weiter auf!

25 F Hm. Ja.

26 F Wissen Sie, wenn z.B. Besuch kommt, und es ist nicht zu aufregend, dann ist das auch gut für mich!

27 B Hm, klar!

28 F Also auf jeden Fall freu ich mich dann besonders, wenn Sie kommen...

Frau B. unterhält sich gern mit dem Berater.Sie spricht das gute Verhältnis an, das sie von sich aus zu ihm spürt. Sie entwickelt in gewisser Weise Eigeninitiative, wenn sie es extra hinschreiben möchte. Allerdings wartet sie erst einmal ab, ob der Berater von sich aus etwas vorschlägt (12-16). Erst als er nicht reagiert, fragt sie nach. Ein kleines Beispiel für

ihr Verhalten, wie es öfter in der Beratung auftrat: sie erwartet vom Berater Initiative, je weniger sie tun muß, desto besser.

Der Berater ist nicht ganz so zufrieden. Abgesehen davon, daß die Töchter nicht an gemeinsamen Gesprächen teilnehmen möchten, geht auch die Beratung mit Frau B. nicht so recht weiter. In der 10. Stunde, die anfangs eigentlich sowieso als vorläufig letzte angesetzt war, versucht er ein Résumée und stellt die Frage, wie es weitergehen soll:

Szene 8 (10. Stunde)

1 B Was ich vorhin schon gesagt hab', wollt ich jetzt noch einmal aufgreifen: Sie kommen sehr gut zustreich, finde ich.

2 F Ja, also im großen Ganzen, ja.

3 B Also im Vergleich zu anderen. Und für mich ist nicht so ganz klar, womit ich Ihnen eigentlich helfen könnte.

4 F Hm.

5 B Also so den Eindruck, Sie können das eigentlich selber ganz gut.

6 F Ach, daß ichs selber ganz gut kann! Hm. Daß Sie nicht so viele Worte machen müssen wie.... vielleicht bei einem anderen?

7 B Ja eben so weil Sie das selber

8 F (unterbricht). Weil ich mich selber wehr.

9 B Ja, Sie tun was, und das ist wichtig, und das find ich gut.

10 F Ja, ja, das hat der Arzt auch gesagt.

11 B Das ist was, wo ich bei anderen immer darauf hin arbeiten muß. Viele die schaffen das gar nicht. Und Sie können das ganz gut.

12 F Also wenn das eine normale Depression wär, da bräucht ich niemand. Aber daß es noch ein-mal so kommt, ich mein, daß ich das noch erleben muß! Da mach ich dann schon auch manchmal dran rum.

13 B Ja, das glaub ich!

14 F Aber das ist gut mit den Schlaftabletten (sie erzählt, wie sie ins Bett geht, und es sich schön macht, mit Bettflasche...)

15 B Ich würd ganz gern noch mal darauf zurückkommen, was wir jetzt noch miteinander tun können. Was Sie gern von mir hätten, ja!

16 F Ja.

17 B Denn wie ich vorhin schon gesagt hab', hab' ich den Eindruck, daß Sie verhältnismäßig gut zustreich kommen und ich nicht so recht weiß, wo wir jetzt noch miteinander weitermachen könnten, ja!

18 F Ja...hm...ja, isch das zu wenig Stoff dafür?

19 B Ha, Stoff ist schon viel da! Wir können uns ja ganz gut unterhalten, find ich.

20 F Ja! Ja! Ja, man darf da nicht immer nur hinsitzen und wie möcht ich sagen - innerlich nichts tun.

21 B Ja, genau.

22 F Neulich war der Herr Pfarrer mal wieder da, wissen Sie, der kommt auch ab und zu vorbei, und hat gemeint, er könnt da jemand schicken...

23 B Ja, jemand, der öfter da zu Ihnen käme?

24 F Doch, ich glaub schon... der weiß ja nichts von dere Sach, von meiner Krankheit... da würd ich mich schwer hüten, hier am Ort...

Der Berater betont Frau B.'s Fähigkeiten, mit ihren depressiven Neigungen umzugehen. Sie kann seine bestätigenden Äußerungen zwar annehmen, muß aber dann doch darauf hinweisen, daß das keine "normale" Depression ist, sondern eine viel schlimmere, daß sie auf jeden Fall andere benötigt, die sie stützen (12). Die Depression erscheint hier eingesetzt als Argument, daß Kontakte für sie vorhanden sein müssen; allein damit zurechtzukommen hieße ja auch, auf Unterstützung von außen verzichten zu können. Sie hält allerdings gedanklich an der positiven Linie fest, die der Berater eingeschlagen hat, wenn sie anschließend von ihren erfolgreichen Bemühungen berichtet, abends einschlafen zu können (14). Der Berater muß das Gespräch wieder auf die Frage zurückbringen, was sie noch "miteinander tun könnten"; er verzichtet darauf, deutlich zu sagen, daß sich seiner Meinung nach die Bera-

tung thematisch im Kreis zu drehen beginnt. Die Initiative wird ihr überlassen, wie und ob die Beratung weitergehen könnte. Sein Eindruck ist, daß Frau B. Kontakte braucht, und zwar Kontakte von außerhalb des familiären Kreises, die die Töchter entlasten und Fr. B. Anregungen und Abwechslung bringen. Das Angebot des Pfarrers, jemanden schicken zu wollen, scheint Frau B. wichtig zu sein, sonst würde sie es nicht in dem Gesprächszusammenhang vorbringen.

Der Berater stellt nicht direkt die Frage nach Beendigung der Beratung, da er Frau B. nicht verletzen möchte: er muß austarieren, wie sehr sie an den wöchentlichen Treffen hängt und wie sie eine mögliche Trennung verarbeitet. Da im Gespräch keinerlei Anzeichen dafür da sind, daß sie gekränkt sein könnte, sie außerdem von sich aus von dem in Aussicht gestellten Besucher berichtet, bringt der Berater schließlich den Vorschlag vor, daß eine Praktikantin der Beratungsstelle künftig Frau B. besuchen könnte. Ihr scheint das angenehm zu sein; es scheint ihr wichtig zu sein, daß überhaupt jemand kommt.

Gemeinsam wird nochmals durchgegangen, was erarbeitet wurde:

- die Notwendigkeit von Frau B's Eigeninitiative, vor allem beim Aufbau von Kontakten;
- ihre "kleinen Hilfen" im Umgang mit der Vergeßlichkeit: sich vorzubereiten auf den kommenden Tag, sich zu notieren, was ihr dazu einfällt;
- das Beibehalten des Führens eines Tagebuches, das sie dann mit der Praktikantin wöchentlich durchgehen kann;
- ihr Spaß am Pläne machen und Arrangieren von Gelegenheiten, bei denen sie sich und ihren Kindern Freude machen kann - und nicht die Kinder etwas für sie tun und sie das Gefühl haben muß, zur Last zu fallen.

Frau B. hat - wenn auch nicht das große Ziel erreicht - so doch einiges von den Beratungsstunden profitiert. Vor allem der Rückfall nach Klinikaufenthalt konnte vermieden werden. Wichtig wird sein, die Situation zu stabilisieren, in der Frau B. genügend Kontakte hat und die Familie entlastet ist.

5.2.5. Diskussion

Frau B. steht für einen der Fälle, wo sich aufgrund jahrelanger Manifestation der Störung, eingespielter Reaktionsmuster der wichtigen Bezugspersonen plus fehlender Kompensationsmöglichkeiten die Störung nur in sehr langer, sehr enger therapeutischer Arbeit aufheben ließe. Umfassend könnte die Arbeit nur dann sein, wenn familientherapeutisch über die Generationen hinweg die Bindungen, phantasierten Verpflichtungen und Abhängigkeiten geklärt werden könnten. Sowohl von Seiten Frau B.'s wie von Seiten der Töchter fehlen dazu die Voraussetzungen: die Töchter weigern sich strikt, sich näher mit dem Thema zu befassen; sie fühlen sich sowieso schon über die Maßen belastet und können die Vorteile, die eine gemeinsame Beratung auf lange Sicht bringen könnte, nicht erfassen. Ihre Motivation des Zugangs zur Beratungsstelle liegt auf der Hand und wurde eigentlich auch deutlich formuliert: sie wünschten Entlastung, nichts sonst. Frau B. möchte den Töchtern nicht noch mehr zur Last fallen, hat aber keine Einsicht, wie sehr die Töchter sich bereits beansprucht fühlen. Für eine Aufarbeitung der Depression fehlen ihr stützende Personen, an die sie sich außerhalb der Beratung bei Tiefs während der Beratung anlehnen könnte.

Die Motivation zur aufdeckenden Beratung müßte hergestellt werden. Frau B.'s Motivation war ja die Angst vor der Rückkehr nach Hause gewesen. Da die befürchtete Krise vermieden werden konnte, fehlt der Antrieb

für eine weiterführende Beschäftigung mit der Problematik. Nicht zuletzt ist der sekundäre Krankheitsgewinn zu beachten, daß sie - im Vergleich zu vielen anderen alten Leuten geradezu begünstigt - viel Zuwendung erhält und Kontakte hat. Zusätzlich hat sie professionale Aussprachemöglichkeiten wie den Arzt in der Klinik und nun auch noch einen Berater, der direkt ins Haus kommt. Zudem gewinnt der Berater im Verlauf der Stunden den Eindruck, daß er die leibhaftig gewordene Bestätigung ihrer Depression ist: der Beweis den Kindern gegenüber, daß sie die Krankheit hat, was ihr wichtig ist, da sie sich immer sehr dafür "verkämpfen" mußte.

Die Beratungsarbeit richtet sich darauf, mögliche aktive und konfliktfreie Persönlichkeitsbereiche zu stärken[198]. Neben der Entlastung, die Frau B. durch das Sprechen über ihre Depressivität und die körperlichen Begleiterscheinungen erfährt, wird in progressiver Richtung versucht, Handlungsmöglichkeiten aufzubauen. Es ist nicht das Ziel - obwohl Frau B. mehrfach über ihre Ehe, die lange Zeit der Verwitwung und das erste Auftreten von Depressionen spricht - , der Störung zugrundeliegende Konflikte zu bearbeiten. Vielmehr wird die aktuelle Lebenssituation in den Vordergrund gestellt und werden Hilfen zum Management gegeben. Da für die Klientin die erlebte Einsamkeit plus "schwindende Kräfte" im Vordergrund stehen, wird auf diese vorgebrachten Probleme eingegangen. Sie entwikkelt mit Hilfe der Beratung Strategien, mit Stimmungsabfällen umzugehen. Für den Berater steht zusätzlich familiäre Entflechtung und Entlastung im Vorder-

---

198 einen ähnlichen Schwerpunkt setzen Radebold u.a. 1981, a.a.O., S.233

grund; zu dieser kann durch den Aufbau anderer Kontakte beigetragen werden. Frau B. selbst motiviert den Pfarrer, eine weitere Kontaktperson zu beschaffen; wichtig ist die Person dadurch, daß sie aus der Gemeinde stammt und zu Frau B.'s Integration beitragen kann. Der Besucher aus der Beratungsstelle hat seinen Stellenwert dadurch, daß er Frau B.'s psychische Problematik kennt und bei Anzeichen einer Krise intervenieren kann; bei ihm ist Kontinuität über einen längeren Zeitraum gewährleistet.

5.3. Beratung älterer Ehepaare:

Ehepaar C., 52 und 49 Jahre alt
Ehepaar D., 64 und 78 Jahre alt

Beratung älterer Ehepaare hat andere Voraussetzungen, Konstellationen und Problematiken aufzuweisen als die Beratung jüngerer Paare. Vor allem auf die Besonderheit der Themen, die den alltäglichen Umgang miteinander und ein Stück der Lebenswelt der Paare transparent machen, soll abgehoben werden.

Ältere Ehepaare wenden sich bislang selten wegen Eheschwierigkeiten an einen professionellen Berater[199]. Die Schwellenängste beim Aufsuchen einer Institution, die bereits ein Einzelner hat, eingerechnet, erscheint die Zurückhaltung plausibel, da ja hier zwei Personen sich entschließen müßten, Fremdhilfe zur Klärung oder Lösung ihrer Problematik in Anspruch zu nehmen. Meistens ist der Leidensdruck und der Wunsch nach Hilfe nur bei einem Partner stark genug, um außerhalb der Familie nach Aussprachemöglichkeiten zu suchen. Jedoch ist häufig Scheu vorhanden, mit dem Partner darüber zu sprechen, daß man an einem Punkt angekommen sei, wo man Fremdhilfe in Anspruch nehmen sollte. Häufig ist die Abwehr auch sehr groß, da aufgrund des langen Bestehens der Ehegemeinschaft beim Aufbrechen starke Ängste mobilisiert würden: "Es ist doch alles in Ordnung"!

---

199 s. Dörner/Plog, a.a.O., S.320; ebenso weisen Mandel/Mandel, Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie, München 1971, S.83 darauf hin; als Grund sehen sie starke Scham bei älteren und traditionell orientierten Gruppierungen; als weiteres Indiz sei darauf hingewiesen, daß J. Willi, Die Zweierbeziehung, von einem einzigen Ehepaar von über 60 Jahren berichtet: Willi, Jürg, Die Zweierbeziehung, Reinbek bei Hamburg 1975, S. 126f.

5.3.1. Suche nach Beratung

Wenn Beratung von Paaren aktiv gewünscht wird, sind es in der überwiegenden Zahl der Fälle die Frauen, die Kontakt zu einer Institution aufnehmen[200]. Gründe dafür sind, so ist zu vermuten - vom Alter zunächst einmal abgesehen -, vorwiegend in der Unterschiedlichkeit (der Sozialisation) der Geschlechter zu suchen: Frauen scheinen weniger Hemmungen zu haben, anderen gegenüber ihre Hilflosigkeit zu bekennen. Sie scheinen außerdem eher der Ansicht zu sein, daß das Sprechen über die Probleme eine Besserung der Beziehung erbringen könnte[201]. Im Fall der vorgestellten Paarberatungen waren die Wege zur Beratungsstelle unterschiedlich:

> Bei Ehepaar C. wandte sich Frau C. an die Stelle. Als sie ihren Mann nicht überreden konnte mitzugehen, wurde ihr vom Berater vorgeschlagen, erst einmal ein paar Stunden allein zu machen. Nach ca. einem halben Jahr war Herr C. bereit mitzumachen. Die eigentliche Ehepaarberatung wurde aufgenommen.

> Bei Ehepaar D. kam der Kontakt über eine der Töchter zustande: sie mache sich Sorgen um die Eltern. Der Berater setzte sich daraufhin mit dem Ehepaar in Verbindung und bot beraterische Hilfestellung an. Frau D. ging freudig darauf ein, Herr D. zog schließlich etwas unwillig mit. Es ergibt sich eine 2-2-4 Konstellation: jeder Partner hat "seinen" Berater bzw. "seine"Beraterin, zusätzlich finden in Abständen Treffen zu viert statt[202].

Die Frauen sind in den vorzustellenden Beratungen die aktiveren und bereiteren. Auch im Fall der Vermittlung durch die Tochter ist Frau D. bereit, die Beratung zu machen, während ihr Mann sich auch in einer fortge-

---

200 s. Mandel/Mandel, a.a.O., S.34

201 s. Willi, J., Therapie der Zweierbeziehung, Reinbek bei Hamburg 1978, S.14

202 Mandel/Mandel weisen darauf hin, daß in der Anfangsphase Einzelsitzungen, gekoppelt mit gemeinsamen Sitzungen, sehr günstig seien; s. Mandel/Mandel, a.a.O., S.99

schrittenen Sitzung abweisend äußert (voraus geht ein Gesprächsabschnitt über die Kosten):

Szene 1 (Ehepaar D.)

B Ich habe von Ihnen den Eindruck, daß Sie das nicht so gerne bezahlen!

M Nein, nein, ich brauch das nicht. Da würde ich mich mit Ihnen lieber den ganzen Tag so unterhalten.... oder spazierengehen...

F Mein Mann kann nie was bezahlen.

M Das ist nicht wahr.

F Aber O., das ist es uns wert!

M Aber ich lehne für mich eine Fortsetzung buchstäblich ab. Ich weiß, wie ich mich Dir gegenüber zu verhalten habe. Du, Du wirst manchmal ausfällig, weißt Du. Mein Gott, ich weiß, daß Du krank bist und daß Du einfach sehr erregbar bist.... (er spricht weiter zu seiner Frau).

Herr D. schiebt die Zuständigkeit für ihrer beider Probleme an seine Frau ab. Er verhält sich so, wie J. Willi das Verhalten vieler Männer (unabhängig vom Alter) im Therapiegespräch beschreibt: die Männer seien eher der Ansicht, man müsse den Konflikt unter sich austragen; sie erklärten sich aber in den meisten Fällen bereit, einmal zum Therapeuten mitzukommen und zu sehen, wie man der Frau am besten helfen könne (!)[203]. - Herrn D.s Weigerung, bei sich ebenfalls Anteile für die Problematik zu sehen, soll später Auswirkungen auf Erfolg und Abschluß der Beratung haben: er selbst bricht einige Sitzungen später die Beratung ab, seine Frau möchte den Berater weiterhin in Anspruch nehmen: die Eheberatung wird in eine Einzelberatung umgewandelt.

Offenbar nimmt Herr D. die Beratung gerade noch in Kauf, solange sie nichts kostet. Als die Kostenfrage zum ersten Mal zu viert besprochen wird, "streikt"

---

[203] s. Willi, J., Therapie der Zweierbeziehung, a.a.O., S.15

er (s.o.). Frau D. bringt im widergegebenen Gesprächsabschnitt nebenbei, daß sie ihren Mann als geizig erlebt (und das wird zudem durch die Szene bestätigt); sie kann in Gegenwart der Berater etwas ironisch ein Thema anschneiden, das zwischen ihnen beiden alleine zu einem größeren Streit führen könnte.

Grundhaltung und Motivation der Beratung gegenüber haben großen Stellenwert für den Erfolg der Beratung; die Eheberatung, in der beide Ehepartner mitzuarbeiten gewillt sind, hat bessere und raschere Erfolgsaussichten[204]. - Im Falle von Ehepaar C. konnte die Bereitschaft zur Beratung auch bei Herrn C. hergestellt werden, und die Beratung kann auch vom Abschluß her als erfolgreich betrachtet werden. Im Falle des Ehepaares D. brach Herr D. die Beratung ab - sicherlich maßgeblich verantwortlich dafür, daß die Beratung nicht entscheidende Verbesserung für beide Ehepartner brachte.

5.3.2. Themen der Ehepaare

Bei sog. "alten Ehen"[205] sieht sich der Berater einer langen Lebens- und Ehegeschichte des Paares gegenüber, die er in wichtigen Zügen kennenlernen sollte, um den aktuellen Konflikt einschätzen zu können.

Auf die gemeinsame zurückliegende Geschichte des Paares wird in der Beratung angespielt, häufig verschlüsselt und in Andeutungen, so daß der Berater aus dem "Spiel" ausgeschlossen ist. Zur Verdeutlichung

---

204 s. Mandel/Mandel, a.a.O., S.84

205 Ich schließe mich hier der Bezeichnung von Reiter/Strotzka an, da sie zu Recht darauf verweisen, daß Ehen im Alter ja auch "junge Ehen" sein können. Da es sich bei den angeführten Ehepaaren um bereits mehr als 20 Jahre bestehende Ehen handelt, scheint mir der Terminus zwar nicht glücklich, aber zutreffend. s. Reiter/Strotzka, in Jäger/Pakesch '77, S.79

eine Szene aus der Beratung von Ehepaar D. (Die Szene schließt an die oben angeführte Szene 1 an):

Szene 2 (Ehepaar D.)

M ... Ich hab' schon viel hingenommen und werd' auch noch weiterhin vieles hinnehmen. Die paar Jährle, die ich noch leb' da spielt das doch keine Rolle mehr. So ist das. Ich weiß, wie ich mich Dir gegenüber zu verhalten hab'. Und wenn Du mich anschreist und brüllst, ja dann erreg ich mich auch... wenn Du mir sagst, was nicht stimmt, was einfach falsch ist, nicht wahr, dann wehr ich mich...

F Mein Adlerauge! (spöttisch)

M Ach! Ich bin nicht Dein Adlerauge! (Frau D.lacht) Ich hab' meinen Standpunkt. Wir sind jetzt bald 34 Jahre verheiratet... das müßte alles gar nicht sein, was da vorgefallen ist, Differenzen und so. Es müßte vieles nicht sein, vieles nicht sein.

F Das sagt man hinterher, gell.

M Das ist tatsächlich so!

F und M (gleichzeitig) Das sagt man hinterher....

M ... ich brauch nur an etwas denken, ähm, ich will's nicht erwähnen, aber (leise)... das war doch ein Blödsinn.

F Lassen wir's, O., schmutzige Wäsche waschen hat doch keinen Sinn.

M Nein; das hat keinen Sinn, das ist ja auch schon ein paar Jahre vorbei , nicht wahr.

Herr D. spielt auf eine Zeit in der Ehe an, die für den Berater nicht einsehbar ist. Er versucht seine Position abzusichern, indem er auf die 34jährige Erfahrung im Umgang mit seiner Frau rekurriert. Gleichzeitig trägt er ein stark resignatives Moment in die Situation, indem er auf die ihm noch verbleibende Lebenszeit verweist - eventuell auch ein beabsichtigter Wink für seine Frau, mit ihm vorsichtig umzugehen, ihm das "bißchen Leben" nicht noch schwerer zu machen.

Der Berater hat bei dem Wortwechsel des Ehepaares den Eindruck, daß Frau D. stark durch ihren Mann belastet wird und schaltet sich deswegen ein:

B_1 Frau D., wenn ich mich in Ihre Lage versetze, dann stelle ich mir vor, daß Sie da ziemlich viel einstecken mußten, gerade eben.

F Sehr viel.

B_1 Ich mein' auch jetzt grad im Moment.

F Ja genau, ich schluck's runter, das mach' ich oft. Aber dann kommt irgendwann nach diesen vielen Wochen der Krankheit von meinem Mann der Punkt, wo ich einfach nicht mehr konnte. Und das war der Zusammenbruch, weshalb Sie gerufen wurden. Und Sie haben mir geholfen. Sie haben mir beide geholfen.

B_1 Ich hab' aber jetzt grad den Eindruck gehabt, daß Sie jetzt grad wieder etwas 'runterschlucken.

F Ja.

M Also... also, wenn ich alles so sagen will, was nicht wahr ist... der ganze Zauber, dann hat alles keinen Wert.

F Das ist kein Zauber.

M Nein, dann hat alles keinen Wert, ich bin offen.

F Ich auch, O.!

M Ich bin offen. Ich sag jetzt nicht, was da alles schon vorgefallen ist, nicht wahr.

F Ja, was willst Du denn da sagen? (Stimmendurcheinander)

M Stell Dir vor, wenn ich sprechen wollte!

F Ach, das ist doch alles vorbei, das sind doch 34 Jahre....

M Deshalb sind wir ja beieinander, weil's die Vergangenheit ist; die Vergangenheit hat nicht.... hat nicht gestimmt.

Der Berater trifft Frau D. auch außerhalb der Vierersitzungen zur Einzelberatung und betrachtet dadurch ihr Auftreten und das ihres Mannes von einer anderen Warte, wie wenn er die beiden nur zusammen erleben könnte. Hier in der Szene erscheint es so, als ob letztendlich Herr D. der ehrlichere, offenere sei; der Berater hat dagegen den Eindruck, daß Frau D. von ihrem Mann eine "Schuldenlast" zugeschoben wird und fordert sie zur Stellungnahme auf. Frau D. deutet daraufhin an, wie schwierig die Wochen der Bettlägerigkeit ihres Man-

nes für sie waren. - Herr D. insistiert darauf, daß nicht alles ausgesprochen wird, was das Ehepaar miteinander durchgemacht hat. Man könnte gar vermuten, daß er seiner Frau in der Beratungssituation falsche Offenheit unterstellt. Die Szene vermittelt insgesamt den Eindruck, als ob es da "dunkle Flecken" in der Geschichte des Ehepaares gebe, die ihnen sehr wohl bewußt sind, über die man sich jedoch geeinigt hat zu schweigen.

Der Berater hat sich dafür entschieden, dies nicht aufgreifen zu wollen und stellt die Frage, die "in der Luft liegt": "Vielleicht könnten Sie mir sagen, worum es sich handelt?", nicht. Er gesteht dem Ehepaar zu, daß es gemeinsame Erfahrungen hat, die wohl nie ganz "verdaut" wurden, die zu besprechen aber im Rahmen der Beratung zu weit führen würde. Vielmehr thematisiert er in vorsichtiger Weise die Art der Kommunikation des Ehepaares, indem er nachfragt, wie die Vorwürfe von Herrn D. auf Frau D. wirken: er greift das auf, was er vor sich hat und damit auch beurteilen kann.

Es ist sinnvoll, über gewisse Zeit das Spiel des Ehepaares laufen zu lassen, um sich ein Bild zu machen, wie das Paar (zuhause) miteinander umgeht: über kurz oder lang werden sich in der Beratungssituation die über lange Jahre hinweg eingeschliffenen Interaktionsweisen, die Regeln und Grenzen, wie sie sich das Paar zurechtgelegt hat, wiederum konstituieren: die Beratungssituation ist als "Spielfeld" vorzustellen[206], auf dem sich das Ehepaar in "Szene" setzt. - Es ist Aufgabe des Beraters, in gewissem Umfang dem Paar

---

206 s. Watzlawick/Beavin/Jackson, Menschliche Kommunikation, Bern Stuttgart Wien o.J., 3.Auflage, S.128 und 149ff.

diese Regeln deutlich zu machen und sich mit ihnen um neue "Spielregeln" zu bemühen.

Am Beispiel des (jüngeren) Ehepaares C. wird deutlich, daß es sich bei den Problemen der Ehepaare nicht durchweg um schwerwiegende, existentielle Einschränkungen und Konflikte handelt, sondern daß es auch die Einzelheiten, Ereignisse des Alltags sind, die nochmals und in der Beratung anders zur sonstigen Konfliktlösungsstruktur des Ehepaares verhandelt werden müssen. Die Szene "Aus-dem-Katalog-kaufen" soll dies verdeutlichen (Ehepaar C., 2. Sitzung).

Szene 3 (EhepaarC.)

F Manchmal ist's halt auch so, daß wenn ich Dich schon 'mal gefragt hab', dann hast Du auch schon sagen können, ha das mußt Du wissen, das ist Dein Problem, gell...

M Sicher! Äh, G., so weit kenn' ich mich, das bringst Du bei mir nicht weg. Wenn ich das sag', das sind dann meistens Sachen, wo ich mich noch nie dafür richtig interessiert hab', z.B. tust Du Dir ein Kleid kaufen oder... solche Sachen... und Du weißt doch, da bin ich kein Mann dafür. Wenn wir in irgendein Kaufhaus reingehen, am liebsten bin ich dann irgendwo in einem Eck und trink mein Gläsle Bier und Du gehst einkaufen, und ich guck dann in die Garderobe rein, da kann ich Dir sagen, jawohl, das steht Dir oder es steht Dir nicht, aber im Katalog, da kann ich mir nie eine Meinung bilden, weil meistens kann man sagen, in 90% der Fälle sieht es anders aus als auf dem Bild, und das wird sich für mich nicht ändern, das weiß ich jetzt schon.

F Ja, das ist auch ein Teil von dem, ja (traurig, schroff).

M Die Einstellung, die kann ich nicht... ich weiß nicht was. Die hat sich bei mir so festgesetzt, ich glaub' kaum, daß ich darüber wegkomm', Du mußt doch zugeben, daß ich da meistens recht gehabt hab' bei den Sachen, die man gekauft hat, die meisten haben einem nicht richtig gefallen.

F Ja, das ist wahr....

Herr C. spricht viel, laut, energisch. Er fühlt sich "im Recht" bei diesem Thema. Frau C. ist äußerst zurückhaltend; es scheint so zu sein, daß zu diesem Thema noch nicht alles gesagt ist. Sie zögert, auf das für sie Wichtige hinzusteuern.

F Ha noi? ich mach's eben aus dem Katalog aus dem einen Grund: jetzt durch das ganztägig berufstätig sein, samtags muß ich dann auch noch jeden zweiten Samstag schaffen, hab' ich ja praktisch nicht viel Zeit. Und da hab' ich dann gern, wenn ich einen Katalog anguck und sag', das würd' mir gefallen, dann sag' ich, guck doch 'mal da rein, meinst Du, das würde mir stehen, da will er dann prinzipiell nichts davon wissen.

B Wie geht es Ihnen da, wenn Ihr Mann so einfach kein Interesse hat?

F Ja, dann bin ich schon ein bißchen enttäuscht, wissen Sie, da denk ich, er hat kein Interesse, es ist ihm egal, was ich anhab oder wie ich rumlauf. Das was mir gefällt im Katalog, sicher, das ist schon ein bißchen ein Risiko, und ich hab da immer gern jemanden dabei. Wissen Sie, wenn ich mich selber anguck, ich kann das ja nicht so beurteilen, wie wenn mich eine zweite oder dritte Person anschaut. Der Verkäuferin ist das doch egal, die sagt dann noch, das ist Klasse, das paßt Ihnen. Hauptsache ist ja, sie verkauft, nicht!

Frau C. sieht sich in der Position, sich verteidigen zu müssen. Sie deutet an, was ihr im Grunde das Wesentliche ist: daß sie vermutet, daß das Verhalten ihres Mannes in dieser Angelegenheit ein Desinteresse seinerseits an ihrem Äußeren anzeigt. Der Berater greift dies auf:

B Ich hab so herausgehört, daß Sie meinen, daß Ihr Mann, wenn er sich für Ihre Kleider nicht interessiert, er überhaupt wenig Interesse hat an Ihnen?

F Ja...

M (unterbricht sie) Ein Beispiel: der letzte Rock, der vom Versand kam, da warst Du fast beleidigt, wie ich gesagt hab', der paßt Dir nicht. Er paßt Dir einfach nicht, Du hättest hier und da ändern müssen. Du kannst nicht sagen, daß das Desinteresse ist, wenn ich Kritik üb'. Wenn ich Kritik üb', dann ist auch Interesse da. Das ist meine Ansicht.

B Ich hab' das gerade so verstanden, daß Sie Ihrer Frau versucht haben zu beweisen, daß Sie Interesse haben an ihr. Können Sie es ihr noch einmal sagen: ich hab' Interesse daran, wie Du angezogen bist!

M Ja! Selbstverständlich hab' ich Interesse daran! (spricht zum Berater)

B Sagen Sie es doch Ihrer Frau direkt! (alle drei lachen)

F Ja, er kann nichts damit anfangen - das heißt Ihnen kann's ja nicht gelten (sie lacht).

M Vielleicht liegt es auch daran, und das muß wohl anerzogen sein, wenn jemand was gut macht oder was richtig macht, das guck ich als Selbstverständlichkeit an.

B Also darüber spricht man nicht, das ist einfach so?

M Ja, aber wenn mir dann etwas mißfällt, dann bin ich so frei und sag', horch einmal, das gefällt mir gar nicht.

Beide sprechen quasi "über den Berater" zum anderen. Eine gewisse Verlegenheit, über diese Dinge, wohinter sich gegenseitige Wünsche und Erwartungen befinden, zu sprechen, ist spürbar. Es ist vorstellbar, wie das Ehepaar zuhause über dieses Thema spricht: Herr C. wird auf seinem Mißfallen an den Katalogen beharren ohne auszusprechen warum, Frau C. wird vieles auf sich beziehen, aber sich nicht trauen nachzufragen, eventuell mit der Befürchtung, sie könnte eine für sich "schlechte" Antwort erhalten.

Der Berater fragt wiederum bei Frau C. nach, wie sie die Antwort ihres Mannes aufgenommen hat:

B Wie geht es Ihnen da jetzt? Ihr Mann hat doch eigentlich gerade ausgedrückt, daß er da Interesse hat?

F Hm, ja, das tut mich irgendwie befriedigen, gell, wie soll ich das ausdrücken, das gibt mir ein Gefühl, daß ich doch nicht gleichgültig bin, gell! Ich hab' das sonst immer mehr auf mich selber bezogen. Also von dem Rock da, da bin ich echt enttäuscht gewesen, das ist halt so ein ganz moderner gewesen, wissen Sie, so wie man es jetzt trägt, vorne so weit hoch offen und hinten so weit hoch offen. Und ich hab' ein bißchen einen

Bauch von den Operationen, was ich einfach nicht wegbring', gell, und wenn ich da einen ein bißchen zu engen Rock anhab, dann steht das da vorne so komisch ab, und da war ich echt enttäuscht, weil er mir nicht gepaßt hat. Weil wir da zu einer Konfirmation sind, und da hab' ich zu der neuen Bluse keinen passenden Rock gehabt, und da hab' ich den kommen lassen von der Quelle.

M Ja, und genauso hast Du dann etwas anderes gekauft, und da hab' ich gesagt, das paßt doch viel besser, zieh doch das an!.... Also so ist das nicht, daß ich desinteressiert bin!

B Ich glaub, das war jetzt grad ganz wichtig, Sie hatten so ein bißchen den Eindruck, als ob Ihr Mann insgesamt nicht arg interessiert ist an dem, was Sie anziehen, und vielleicht auch an Ihnen selber überhaupt.

F Ja!

B Und Sie haben das jetzt zum Ausdruck gebracht, daß Sie Interesse haben, vielleicht hat Ihre Frau es zu wenig bemerkt, es ist aber auch rausgekommen, daß Sie ihr das bisher zu wenig gesagt haben. Irgendwie muß der Eindruck ja entstanden sein....

M Sicher!

F Ja nun, eben zu wenig aufmerksam.

Die vierte, letzte Gesprächssequenz kann als "Phase der Annäherung" betrachtet werden: nachdem Herr C. seine Meinung zu dem Problem klargelegt hat (1.Sequenz), Frau C. darauf reagiert und ihr Verhalten verteidigt hat (2.Sequenz), in der 3. Sequenz mit Hilfe des Beraters verhandelt wurde, wird nun eine Art Fazit aus dem Gesprochenen gezogen. Frau C. äußert sich befriedigt darüber, daß ihr Mann offenbar Interesse an ihrem Äußeren hat; Herrn C. fällt eine Episode aus letzter Zeit ein, an der er "beweisen" kann, daß er sich sehr wohl in Sachen Kleiderfragen engagiert. Es ist sicherlich typisch für Frau C's ängstliche, zurückhaltende Haltung in diesem Punkt, wo es um die Einschätzung ihrer Person geht, daß sie erst, als ihr Mann sein Interesse geäußert hat, zugeben kann, daß sie seine Ablehnung tatsächlich immer mehr auf sich bezogen hat.

Es ist Leistung des Beraters, in den Wortwechsel der beiden Struktur zu bringen: z.B. daß Herr C. dazu kommt, die Regel, die hinter seinem Verhalten steht, zu explizieren; die Grundaussagen beider Partner, die sich in Erinnerungen an Episoden verbergen, herauszustellen und entsprechend ihrer Bedeutung zu betonen, immer wieder aufzugreifen. Es ist evident, daß das Paar durch erlebte Szenen, die in der Beratungssituation erinnert werden, so gefangen genommen wird - durch Erinnerungen an Verletzungen, Streitereien, endloses Hin und Her -, daß das Grundsätzliche der Haltungen nur mit Hilfestellung des Beraters herausgearbeitet werden kann. Der Verlauf der Gesamtszene legt nahe, die ursprüngliche Aussage - es handle sich um Einzelheiten, Ereignisse des Alltags und damit nicht um schwerwiegende Probleme des Paares - in einem neuen Licht zu sehen: die Auseinandersetzungen gewinnen daher an Gewicht, als über sie Beziehungsfragen angesprochen sind. Herr C. handelt das Thema als Sachthema ab (ein praktisches Problem, wo man seine Erfahrungen gesammelt hat; seine Lösung: anders kaufen). Für Frau C. steht hinter der Katalogfrage die Vermutung, daß sie ihrem Mann nicht mehr attraktiv genug erscheint. Typisch ist eben nun für das Ehepaar, daß Frau C. sich bisher auf die Sachebene ihres Mannes eingelassen hat und versucht hat, die Beziehungsklärung verschoben an der Abhandlung von Kaufepisoden erfolgen zu lassen, nicht erfassend, daß ihr Mann den Streitpunkt auf einer anderen Ebene begreift (oder dort halten will). Der Berater unterstützt Frau C., indem er die Beziehungsfrage offenlegt; er insistiert darauf, daß Herr C. Antwort gibt.

Betrachtet man die Ehepaarberatungen im Gesamtverlauf, so wird man eine beträchtliche Menge solcher "alltäglicher, kleiner Probleme" vorfinden; sie zusammengenommen ergeben ein Stück der Umgangsschwierigkei-

ten der Ehepaare miteinander. Die über Jahre oder gar Jahrzehnte hinweg eingeschliffenen Verhaltens- und Erwartungsmuster, das Bild vom anderen, das nicht mehr hinterfragt wird, erschweren die Verständigung bei neu auftauchenden Konflikten.

Schwerwiegender als die Verhandlung von Alltagsproblemen bei älteren Ehepaaren ist das Bewußtsein, durch über die Jahre hinweg entstandene Lebensumstände oder Behinderungen aneinander gebunden zu sein, im Sinne einer "Schicksalsgemeinschaft": "Die Partner hängen wieder mehr aneinander, sie blicken auf ein langes gemeinsames Leben zurück, sitzen im gleichen Boot, haben einen gemeinsamen Feind in Krankheit, Tod und bedrohlicher Umwelt"[207].

Bei dem noch jüngeren Ehepaar C. stellt das gemeinsame Haus und die Notwendigkeit der Erhaltung des Besitztums die gemeinsame Aufgabe und Gebundenheit dar, deren man sich wohl bewußt ist.

Szene 4 (Ehepaar C.)

B Ich möchte doch noch einmal auf unsere Ausgangsfrage zurückkommen, was das gemeinsame Ziel hier sein könnte. Ich möchte nochmals an die Auseinandersetzung erinnern, die Sie beide gehabt hatten und die wohl den Ausschlag dafür gegeben hat, daß Sie beide dann hierher gekommen sind.

M Also daß man sich besser versteht wie.... in letzter Zeit. Was sehr wichtig ist eben, ein guter Zusammenhalt! Vor allem weil das dann erst recht wichtig ist wenn man anfangen will äh....

F Umbauen

M Umbauen und so, Schulden machen, die kommen automatisch dann, da kann nicht eins auf die Seite ziehen und das andere auf die andere! Also da...

F (unterbricht ihn) Ja, das ist wichtig. Ja, da stimm ich überein mit ihm, grad daß das... etwas anderes fällt mir da nicht ein. Das ist ja grade das mit

---

207 Willi, Jürg, Die Zweierbeziehung, a.a.O., S.45

dem Bauen, gell, da kann ja nicht eins nach links und's andere nach rechts, gell.... da müssen wir ja praktisch den gleichen Weg laufen, sonst bringt das ja nichts, gell! Man kann ja nicht den Dachstuhl runterreißen lassen und macht zigtausend Mark Schulden, gell....

B Ja, ja... da haben Sie sich ja ziemlich viel vorgenommen, eigentlich!

Es fällt auf, daß Frau und Herr C. dieselbe Redewendung benutzen: "da kann ja nicht eins nach links (auf die Seite) und das andere nach rechts (auf die andere) ziehen" - offenbar wird diese Formulierung öfters in gemeinsamen Gesprächen benutzt, um wie mit einem Appell auszudrücken: wir müssen zusammenhalten, etwas anderes ist unmöglich. Es fällt auf - und betont damit die Bedeutung für das Ehepaar -, daß auf die Frage des Beraters hin Herr C. recht schnell auf den Hausbau kommt und Frau C. ihn unterstützt; darin ist sich das Ehepaar offenbar einig.

In der gleichen Beratungssitzung gegen Ende greift Herr C. das Thema nochmals auf:

M Aber wenn jetzt unsere Baupläne da sind, das gibt dann viel Arbeit, ich hab' schon gesagt, ab Samstag fangen wir aktiv an... Ich glaub', daß das uns auch mehr bringt als wie.... mit Gewalt kann man etwas nicht erzwingen, aber das, ich kann mich täuschen, aber ich glaub, daß dann manches wirklich besser wird.

Herr C. stellt hier die Hoffnung heraus, die er in bezug auf das Bauvorhaben hat: daß das gemeinsame Handeln (nicht nur das Reden) ihnen hilft, ein stärkeres Gemeinsamkeitserleben und mehr gegenseitiges Verständnis zu entwickeln. Es wird nebenbei auf die Beratungssituation angespielt, von der Frau C. ja ausgesprochenerweise mehr hält als ihr Mann: "Ich glaub' daß uns das mehr bringt als wie..." - man könnte fortfahren: "... nur sprechen".

Das Ehepaar C. ist in der glücklichen Lage, etwas Gemeinsames noch vor sich zu haben, das zwar verpflichtet, aber auch neue Möglichkeiten für die Beziehung eröffnet, eventuell gestützt durch die Beratung, die dazu verhilft, diese Möglichkeiten auch als solche zu erkennen und zu nutzen. Anders ist es bei Ehepaar D., wo - etwas überspitzt negativ formuliert - das Gemeinsame eher (im Sinne von Willi's Schicksalsgemeinschaft, s.o.) in der Aufrechterhaltung des "noch Machbaren", in der Notwendigkeit der Hilfeleistung für den anderen liegt. Nach Meinung von Frau D. ist es seit ca. fünf Jahren, seit ihr letztes Kind das Haus verlassen hat, und vor allem seit dem Schlaganfall ihres Mannes eine sehr schwierige Situation für sie beide (nach Meinung der einen Tochter sei die Ehe seit 30 Jahren kaputt). Frau D. äußert in einem Gespräch (nachdem ihr Mann die Beratung für sich abgebrochen hat):

Szene 5 (Frau D.)

F Ich bin einfach mit meiner eigenen Krankheit und der meines Mannes belastet. Und das ist wirklich nicht einfach mit ihm, das können Sie sich ja jetzt vorstellen, wo Sie ihn kennen.... Ich brauche viel Geduld, viel Geduld, und dann, wissen Sie, muß ich manchmal richtig mit Tricks schaffen, daß er was tut...

B Ja, ja, das kann ich mir schon vorstellen....

F Man muß bei ihm geradezu Fuchs und Hase sein, ja, sonst erreicht man nichts, und noch höflich dazu! Das sind alles solche Belastungen, und das ist fast schon schlimmer als bei einem kleinen Kind! .... Man darf eben Mut, Geduld und Liebe nicht verlieren, das sag ich mir immer wieder... schließlich hat man ja 'mal "ja" gesagt, nicht wahr?

Frau D. spricht in Abwesenheit ihres Mannes über ihrer beider Situation und Beziehung; sie trifft andere Aussagen über die Beziehung, als sie dies in den gemeinsamen Sitzungen mit ihrem Mann getan hatte, résumiert gewissermaßen. Von außen betrachtet ist ihrer beider

Situation am Rande des Erträglichen: ihrem Mann geht es gesundheitlich wieder so schlecht, daß er die ganze Nacht vor Schmerzen häufig nicht schlafen kann und sie aufbleibt, um ihn zu versorgen. Sie weiß jedoch, daß sie in die Situation gestellt ist und daß es von ihr abhängt, wie ihrer beider nähere Zukunft sich entwickelt: ob der selbständige Haushalt überhaupt aufrecht erhalten werden kann. In dieser Situation wird an die Grundlage der Beziehung erinnert, damit auch an die Verpflichtung, die sie mit der Eheschliessung eingegangen ist[208].

Krankheit und Pflegebedürftigkeit eines der beiden Eheleute ist einer der schwerwiegendsten Gründe der Abhängigkeit und damit der Verpflichtung zu Hilfe und Rücksichtnahme. Derartige Veränderungen, die der eine Partner erfährt, "Wendepunkte" im Lebenslauf oder längerfristige Entwicklungen, wie z.B. chronische Erkrankungen oder altersbedingter körperlicher Abbau, wirken sich somit ähnlich stark auf den Partner aus. Häufiger ist dabei die Geschlechterverteilung: Erkrankung des Mannes, als Folge starke Belastung der Frau mit Pflegetätigkeit und Aufrechterhaltung des privaten Haushaltes. In vielen Fällen kommt es durch die Notwendigkeit der Hilfestellung für den Ehepartner zu einer drastischen Einschränkung sonstiger Kontakte und Aktivitäten. Folgen sind stimmungsmäßige Beeinträchtigung beider Partner, beim kranken Ehepartner Erleben von Einsamkeit und Ausweglosigkeit der Situation. Frau D. in einer weiteren Sitzung, nach Abbruch der Beratung für ihren Mann:

---

208 Reiter/Strotzka weisen daraufhin, daß im Verhältnis zur erwachsenen Generation heute die ältere in einem für die Jüngeren unvorstellbaren Ausmaß im Sinne einer "Verpflichtungsethik" erzogen wurde und immer noch lebt, s. Reiter/Strotzka a.a.O. S.81

Szene 6 (Frau D.)

F Mit meinem Kreislauf ist es z.Zt. nicht gut, grad das Laufen fällt oft schwer. Und dann gibt es ja in H. keine Apotheke, ich muß zu allem in die Stadt. Naja, das will ich auf mich nehmen, ich würde so sagen, die Krankheit von meinem Mann ist das große Problem. Ich bin ja doch noch ganz gut beieinander, zumindest kann ich alles im Haushalt noch machen.

B Frau D., geht das denn nicht über Ihre Kräfte? Ich denke nur an Ihren Zusammenbruch, da hatten Sie sich ja wohl auch übernommen!

F Was soll ich denn machen? Wissen Sie, das Schlimmste ist, daß ihn die Krankheit mürbe macht; er ist oft ungerecht mir gegenüber und wird bei allem so schnell ungeduldig.... Wie das mal wird, weiß ich nicht.

B Sie haben auch Angst vor dem, was da auf Sie noch zukommt?

F Gewissermaßen schon... Er hat wirklich schreckliche Schmerzen, wird dann abweisend allen gegenüber! Und was dazukommt: dieser unwahrscheinliche Geiz! (Sie erzählt ein Beispiel, wo sie eine Karte zu einer Beerdigung gekauft hat). Ich finde mich dabei eigentlich immer noch ganz optimistisch, ich komme auf jeden Fall besser damit zurecht als früher (sie weint).... Das erzähle ich nicht einmal den Kindern... Wissen Sie, er nimmt sich ja ungeheuer zusammen, wenn andere dabei sind, zum Beispiel ja auch in unserer Vierergruppe. Er kann es eben einfach nicht fassen, daß er so krank ist: jetzt hat er sein Leben lang gearbeitet, und jetzt soll's ihm so ergehen!

Bei der Rückfrage des Beraters, die auf mögliche Folgen der Überbelastung verweist, reagiert Frau D. nur kurz und schwenkt wieder auf einen Bericht (und Klage) über die momentane Situation ein: offensichtlich muß zu viel Nachdenken über die weitere Entwicklung vermieden werden. Frau D. benötigt ihre ganze Kraft, um den augenblicklichen Anforderungen zu genügen. Sie entschuldigt ihren Mann, versucht zu erklären, warum er sich so verhält: Versuche, für sich selbst Plausibilität in seinem Verhalten zu finden. Und natürlich sind Gründe da: sein Nicht-Akzeptieren der Krankheit, seine

schlimmen Schmerzen. - Es gibt keine Lösung des Problems. Der Berater kann Frau D. nur stützen und auf die Grenzen ihrer Belastbarkeit hinweisen.

Eine gewisse Distanzierung, die vermutlich zu einer vorübergehenden Entlastung und damit Verbesserung der ehelichen Beziehung führen würde (z.B. durch Kur eines Ehepartners), ist aufgrund der gegenseitigen Angewiesenheit auf Hilfe bei den meisten älteren Ehepaaren nicht möglich. Ein Ausweg aus dieser Situation wäre die zeitweise Unterbringung des pflegebedürftigen Ehepartners in einem Pflege- oder besser einem Erholungsheim. Diese Möglichkeit wird erfahrungsgemäß aus dem Gefühl der Verpflichtung oder der Unzumutbarkeit für den kranken Partner nicht in Anspruch genommen. Häufig legen allerdings auch die betroffenen Institutionen Steine in den Weg, zu guten Arrangements zu kommen.

5.3.3. Annäherung / Entwicklung von Strategien

In der Arbeit mit älteren Ehepaaren erweist es sich als sinnvoll, die Gespräche zu steuern und Strukturierungen vorzugeben. Je größer die Beratungsgruppe, desto schwieriger, den roten Faden zu behalten: der Berater muß für das Ehepaar in gewissem Ausmaß diese steuernde Funktion übernehmen. Wie aus den widergegebenen Gesprächsabschnitten deutlich wurde, ist dies auch aus dem Grund sinnvoll, daß das Ehepaar eine Menge an gemeinsamer "Geschichte" vorzuweisen hat und bei angesprochnenen Konfliktpunkten mit einer Reihe von Erlebnissen aus ihrer Ehe aufwarten könnte. Selbstverständlich soll das Paar die Möglichkeit haben, erzählen zu dürfen, soll aber immer wieder auf das Wesentliche zurückgebracht werden. Bei "alten Ehen" wird dies stärker der Fall sein als bei jüngeren.

Aufgrund der gemeinsam formulierten Zielsetzung arbeitet der Berater mit den Eheleuten am Auffinden bestimmter Strategien, die in Zukunft Konflikte zu bewältigen erleichtern könnten.

Im Fall von Ehepaar C. war es das bereits erwähnte Ziel: "sich in Zukunft besser verstehen", das in der Beratung in den Möglichkeiten seiner Erfüllung erörtert werden mußte. (Ausschnitt aus der 5.Sitzung)

Szene 7 (Ehepaar C.)

B Jetzt wär' also der nächste Schritt, den wir uns überlegen sollten, Ihr jeweiliger Beitrag zu dem gemeinsamen Ziel. Das könnte man so formulieren: was will ich für das gemeinsame Ziel tun?

M Was kann man jetzt dazu sagen? Also meiner Ansicht nach wär's gut, wenn wir heim kommen, wird meistens zu Abend gegessen, dann gehen wir rauf und schauen Fernsehen.

B Hm, hm.

M Da kommt keine richtige Diskussion praktisch zustande. Ich hab' das ja auch schon mal gesagt, es wär' schön, wenn unsere zwei Jungen da besser mithalten würden, das heißt von mir aus einmal in der Woche oder auch zweimal den Fernseher auslassen, nebenher Karten spielen, da kann man so viel nebenher sprechen. Es kommt mehr Gespräch zustande, wie wenn die ganze Familie vor dem Fernsehkasten hinsitzt und bloß da rein schaut. Da kommt ja dann keine Diskussion zustande.

F Du weißt, daß ich nicht so gern Karten spiel'!

M Ich weiß, ich mein' ja auch, mal bloß hinsitzen, das bringen wir beide nicht fertig!

F Ich würd' nicht Karten spielen. Du weißt, daß das bei uns zuhause verpönt war.

M Ja aber zum Beispiel, wenn der W. und die S. mit mir Karten spielen würden und Du tätest irgendwas schreiben, dann käm' da auch mehr Unterhaltung zustande. Mehr als jeden Abend Fernseh gucken.

F Ja, man guckt ja automatisch 'rein...

M (mehr zum Berater gewandt) Im Sommer ist es besser, da spricht man doch eher, da geht man miteinander 'raus, da wird das gemacht oder das oder wir haben beide Kartoffeln gehackt oder irgend etwas, und da hat man doch mehr miteinander diskutiert.

F Ja...

M Und da ist man abends um 9 fertig gewesen und ist dann noch ein bißchen aufgeblieben und ist dann ins Bett, und hat dann zwar, obwohl es schon spät war, den Fernseher laufen gehabt, hat aber weiter diskutiert, da hat man dann halt nur die Hälfte mitbekommen, weil das Gespräch interessanter war als wie.... Das war also besser als in den Wintermonaten.

F Äh ja, ich wär' also nicht abgeneigt dem Kartenspielen, bloß fehlt mir halt die Übung.

M Das Kartenspielen, das muß nicht sein, das war jetzt nur ein Beispiel.

B Ich hab' Sie so verstanden; weniger Fernsehen (er: ja) und mehr anderes (sie: schwätze).

F Ja, das ist unbedingt, das wär' schon was. Und gleich gar nicht raufsitzen, gleich unten reinsitzen. Wenn man hochgeht, dann wird ja automatisch angeschaltet. Dann wärs am besten, man würd' gleich unten sitzen bleiben...

M Ja, und dann könnt man halt ins Programm reinschauen und könnt' sagen, heut bleibt der Fernseher aus, so nach dem Slogan, heute bleibt die Küche kalt.

F Ja! Ha doch, da wär' ich sofort dabei, weil manchmal kommen halt Sachen, die es sich nicht lohnt, und dann schwätzt man nebenher... aber wenn man hoch geht, dann drückt man automatisch auf die Taste.

Der Berater greift die Frage nach dem Ziel der Beratung, die einige Stunden zuvor aufgeworfen worden war, wieder auf. Er formuliert die Frage in eine praktisch orientierte: "was will ich für das gemeinsame Ziel tun" um, um dem Ehepaar den Einstieg in Überlegungen zu erleichtern. Herrn C. kommt daraufhin der Vorschlag, weniger fernzusehen; es scheint bei Familie C. so zu sein, daß für das Fernsehen ein eigener Raum zur Verfügung steht. Dies macht die Abtrennung von anderen gemeinsamen Tätigkeiten leichter. Was von Herrn C. nur als Beispiel für anderes gemeinsames Tun gemeint war, Karten spielen, greift Frau C. mehrmals ablehnend auf: sie nimmt Karten spielen als ernst gemeinte Alternative und denkt offensichtlich eine ganze Weile darüber nach, während ihr Mann das Thema "Fernsehen" weiter-

verfolgt. Erst seine Erklärung, das Kartenspielen sei ja nur als Beispiel gemeint gewesen, läßt sie ebenfalls auf ihren abendlichen Fernsehkonsum einschwenken. Es wird von beiden ganz praktisch durchdacht, wie sie es in Zukunft besser handhaben könnten - sicherlich ein kleiner aber nicht unwesentlicher Baustein zu veränderten Verhaltensweisen.

In der Beratungssituation können Themen angesprochen werden, die für das Ehepaar zuhause zum neuerlichen Streitfall würden; die Anwesenheit des Beraters gibt beiden die Sicherheit, im Falle einer erneuten Eskalation nicht allein zu stehen, regt aber auch dazu an, in der Auseinandersetzung neue, bessere Formen zu suchen (Ehepaar C., 6. Sitzung).

Szene 8 (Ehepaar C.)

B Können Sie sich weiter überlegen, was sonst noch Bedingungen dafür waren, daß Sie sich die letzten zwei Wochen ganz gut verstanden haben?

F Ha, wenn ich das sagen darf, wenn er z.B.....

B Sagen Sie es ihm doch direkt, ja?

F Ja, das hast Du ja vielleicht schon selber gemerkt, wenn Du vielleicht ein Fläschle Bier zuviel hast, dann bist Du auch reizbarer, wie wenn Du... sagen wir, wenn Du vier Flaschen Bier gehabt hast statt drei bloß, ich will so sagen, und da hast Du dann noch nichts gegessen drauf, da bist Du dann auch reizbarer, da bist Du früher, als Du den Orangensaft noch nicht getrunken hast, oft viel gereizter vom G'schäft heimgekommen.

M Sicher, ja.

F Und seit er den Orangensaft trinkt, ist es besser; das hat ja auch die S. (die Tochter) schon gesagt!

Frau C. wechselt zwischen zweiter und dritter Person in der Anrede hin und her; ihr fällt es schwer, das Thema offen anzusprechen, deswegen weicht sie zu Anfang aus, indem sie sich - quasi erzählend - dem Berater zuwendet. Offenbar hat das Ehepaar bereits Änderungsmöglichkeiten entwickelt: Herr C. bemüht sich, am Arbeitsplatz keinen Alkohol zu trinken und trinkt statt dessen Saft.

B Darf ich da geschwind was dazu sagen? Ich wollt sagen, wie Sie ihm das gerade gesagt haben, fand ich sehr gut. Das war nämlich... ich habe da keinen Vorwurf drin gespürt.

F Ja, das war ja nur eine Feststellung.

B Ja sicher, aber letztes Mal, da haben Sie auch über solche Themen gesprochen, da war aber in vielen solchen Feststellungen ein Vorwurf drin.

M Ja.

B Und das war grad nicht der Fall und deswegen fand ich es sehr gut, wie Sie das gesagt haben.

M und F gleichzeitig:

M ja!

F Nein, das soll kein Vorwurf sein.

B Das war gut, wie Sie es gesagt haben.

Der Berater bekräftigt mehrfach die Art und Weise, in der Frau C. zu ihrem Mann gesprochen hat. Offensichtlich ist es ihr nicht klar gewesen, daß sie in vergangenen Gesprächen vorwurfsvoll sich an ihren Mann gewandt hatte.

F Ja, da... muß ich mich irgendwie ändern drin....

M (unterbricht sie) Ich geb's ja zu, ich weiß es auch, früher hab' ich mal 6 Flaschen Bier trinken können, und es ist nichts passiert! Und je mehr ich es jetzt reduzier, desto schlimmer wird's, also äh, früher wenn ich als 6 Flaschen Bier (getrunken hab', war's so) wie jetzt wenn ich 3 Flaschen trink.

F Ja, dann kommt's ja noch drauf an, wie Du es trinkst! Ob Du es hastig reindrückst oder gemütlich. Wenn Du daheim gemütlich sitzt und 2,3 Fläschle trinkst, dann merkt man nichts...

M Ja, deshalb passiert das ja jetzt nicht mehr, mit dem Orangensaft, da ist es besser!

B Das ist also auch eine von den günstigen Bedingunggen, das merken Sie....

F (unterbricht ihn) Ja, das beeinflußt auch viel!

Gegenüber der Ausgangssituation der Beratung - Frau C. kam und klagte über Trinkerei, Tobsuchtsanfälle und Selbstmordversuche des Mannes - erscheint die jetzige Befindlichkeit des Ehepaares deutlich gebessert. Es

war ja gerade der starke Alkoholkonsum des Mannes gewesen, der zu eskalierenden Streitereien des Ehepaares geführt hatte, wobei er die Beherrschung verlor und Aggressionen eher gegen sich selbst als gegen seine Familie richtete. Mit der Einschränkung des Alkoholkonsums wird es vermutlich zu derartigen Eskalationen nicht mehr kommen (während des Zeitraums der Beratung von ca. 1/2 Jahr berichtete das Ehepaar von keinem heftigen Streit)..

Das Gespräch über Herrn C.'s Bierkonsum führt über zu weiteren Anregungen beim Ehepaar, was sie noch "verbessern" könnten:

Szene 9 (Ehepaar C.)

M Daß da 'mal wieder was kommt, davon bin ich überzeugt (lacht; er meint mögliche Auseinandersetzungen) und ob das von meiner Frau oder von meiner Seite kommt, das möchte ich dahingestellt sein lassen

F (spricht dazwischen) Also ein Dauerbrenner darf's nicht werden, also daß es die ganze Zeit Krach gibt, das bringt ja nichts, das macht einen ja nur kaputt!

M Ich hätt ja... einen ganz geschickten Vorschlag! Also immer bevor es so weit kommt, hau' ich immer ab.

F Ja, Du schnappst dann die Autoschlüssel und haust ab.

M Das mein ich jetzt nicht. Bevor es richtig bei uns los geht, mach' ich meistens kehrt und geh' ins Fernsehzimmer oder so was. Und dann kommst Du meistens hintenach. Und wenn Du da wegbliebest und wärest eine halbe Stunde für Dich, dann wär' es hinterher in einem Großteil der Fälle wieder vorbei. Denn meistens handelt es sich bei uns doch um Lappalien.

B Also Ihr Wunsch wäre, da allein gelassen zu werden!

M Ja, klar! Dann kann ich mich beruhigen und ich nehm' an, daß die andere Person, wenn sie ein bißl drüber nachdenkt, auch zu ganz anderen Worten findet, wie wenn man gleich hinterdreinkommt.....

B Was meinen Sie so dazu?

F Ja, des isch scho gut so, gell!

(Stimmendurcheinander, beide reden auf einmal.)

F Ja, ich find' des scho gut, aber dann muß man's der S. (der Tocher) auch sagen, die hat auch die Angewohnheit, hinter Dir dreinzulaufen, Papa, was ist denn los...

M Ja, und dann wird gebohrt, das stachelt ja immer mehr an! Statt daß Ihr mich in Ruhe laßt und denkt, küßt mich doch am Buckel, und vielleicht beruhigt sich alles von selbst.

B Vielleicht wäre das für Sie (an Frau C.) und Ihre Tochter auch einfacher, wenn Sie (an Herrn C.) sagen würden, laßt mich jetzt in Ruhe...

F Ha, sie gibt ja dann auch keine Ruhe, sie ist auch so.

M Das ist halt mal so, daß es trotzdem keine Ruhe geben wird, dann wird gebohrt...

F (gedämpft) Naja, in Zukunft merk' ich mir das.

B (zu Frau C.) Können Sie das jetzt so akzeptieren?

Beide sprechen gleichzeitig:

M Ich glaub', daß uns das viel Ärger ersparen würde!

F Na ja, da muß ich halt umschalten dann... ich sag' ja, ich hab' mit dem heut morgen, gell...(sie berichtet nochmals über eine Auseinandersetzung im Betrieb am gleichen Morgen).

Etwas später bekommt der Berater für diesen Gesprächsteil eine sehr positive Rückmeldung:

M Das ist es ja gerade, deshalb kommen wir ja auch her zu Ihnen, ehrlich gesagt, auf so ein Gespräch sind wir daheim noch nie gekommen! Daß man gesagt hätte, mit Erklärung, laß mich doch laufen und so... wissen Sie, wenn nichts ist, dann wird ja auch über so etwas nicht gesprochen. Da haben wir daheim so viele andere Sachen, daß man eben darüber nie schwätzt. Und deshalb nehm' ich eben an, daß das uns eben weiterhelfen kann, weil man ja hier tatsächlich nichts anderes tut als das...

Herr C. spricht an, was typisch sein dürfte für ihrer beider Alltag: beide arbeiten körperlich, reden ist keine Arbeit, "schwätze" tut man in der Freizeit. Auch zuhause wird gearbeitet, im Garten, bei den Hasen, im Haushalt. Und wenn nicht zu erledigende Arbeiten anstehen, überlegt man sich, ob man nicht Fernseh' schaut. Es ist daher für das Ehepaar sicherlich ungewohnt, über sich und ihre Beziehung zu sprechen.

Die spannungsfreie Atmosphäre in der Beratungsstelle - hier ist die andere Umgebung gegenüber der gewohnten häuslichen Atmosphäre bei Hausbesuchen ein Vorteil - macht angemessenere Umgangsformen möglich. Man merkt, wie das Ehepaar in der Beratung reflektiert, wie die Situation der Auseinandersetzung durchgespielt und ganz konkret überlegt wird, ob und was veränderbar ist.

Da beide Ehepartner arbeiten und dadurch selbständige Lebensbereiche haben, bietet ihre Lage sehr viel mehr Veränderungsmöglichkeiten, als dies z.B. bei dem viel älteren Ehepaar D. der Fall ist. Hier hat sich der Lebensbereich fast vollständig auf den gemeinsamen Bereich konzentriert. Dies hat andere, verbittertere, man könnte sagen resignierte Formen der Auseinandersetzung zur Folge. (Ein Ausschnitt aus der Ehepaarberatung von Ehepaar D. mit zwei Beratern, 4. Sitzung, bei ihnen zuhause)

Szene 10 (Ehepaar D.)

F Wir müssen lernen, uns wieder zueinander zu finden.

M Ich muß das nicht lernen, das hab' ich...

F Das müssen wir wieder lernen.

M Ich brauch' das nicht lernen, ich steh' zu Dir, ich werd' Dich nie verlassen, brauchst Dir keine Gedanken machen.

F O., wir müssen lernen, uns wieder seelisch näher zu kommen!

B Ich hab' grad den Eindruck, daß unterschiedliche Bedürfnisse da sind. Ich verstehe Sie so, Herr D., daß Sie sagen, Sie halten zu Ihrer Frau, und daß Sie die Situation damit auch bewältigen können, daß Sie da stark genug sind für sich.

M Natürlich bin ich stark genug... Ich will Ihnen nur einen Fall erzählen. Das ist gestern abend passiert. Ich liege im Bett, meine Frau will auch ins Bett, geht noch mal raus in die Küche. Ich weiß nicht, was los war in der Küche, auf jeden Fall kommt meine Frau wieder herein und sagt: "Zum Kotzen, alles grad zum Kotzen". Sag' ich, was ist denn los? "Zum Kotzen, der ganze Tag ist zum Kotzen" - der ganze

Tag... weißt Du, ich hab' das so aufgefaßt, ich komm' Dir zum Kotzen vor!

F Nein, nein, das wollt ich nicht, O.!

M Nachher kommst Du mit einem Teller und hast ein Stückchen Brot drauf und willst es mir anbieten, sag' ich nein, ich will's nicht, das ist zum Kotzen... ja jetzt was....

B_2 Haben Sie denn verstanden, was Ihre Frau..

M (unterbricht sie) Doch, ich hab's verstanden... aber sie versteht es nicht.

B_1 Sie haben es auf sich bezogen.

M Ich habe es auf mich bezogen, ja!

F Und das ist falsch.

M Das ist doch alles topsauber, wenn da eine Tasse steht, ob die von mir ist oder von Dir, das spielt doch gar keine Rolle; ich räum' meine Sachen immer auf, oder zum größten Teil.

F O., bedenk doch eines...

M (unterbricht sie) Es ist zum Kotzen

F O., ich hab' Dich doch lieb!

M (gleichzeitig) was nützt es, wenn Du mir sagst, ich hab' Dich lieb.

F Das ist wahr, das ist die Wahrheit!

M Und dann machst Du wieder.....

F Ja, da gehn mir dann halt die Nerven durch!

M Ja, Deine Nerven.. Du überlegst doch gar nicht, was Du sagst!

F Kann sein, das bestreit ich nicht... das bestreit ich nicht.

M Mit mir kann man auskommen. Mit mir kann man auskommen. Ich steck' auch vieles ein.

F Wissen Sie, das ist so. Mein Mann hat Jahrzehnte hinter sich und hat (sie weint) den Krieg und alles hinter sich und so viel durchgemacht und da ist man eben manchmal - fertig.

M Das ist richtig. Wie Sie das erste Mal da waren, da hab' ich erzählt von der Jugend auf, wie das war, daß das auf den Menschen eine Wirkung hat, nicht....

Frau D. beginnt mit einem Appell an ihren Mann, den er ablehnt, mit der Begründung, daß er ja bei ihr bleiben werde. Seine Frau hat es offenbar anders gemeint, sie

meinte, sie müßten sich vom gegenseitigen Verständnis her wieder näherkommen. Ihr wiederholter Appell bewegt Herrn D. dazu, auf eine häusliche Szene zurückzugreifen: offenbar will er den Beratern zeigen, daß die Vorstellungen seiner Frau im Umgang miteinander nicht ihre Entsprechung haben, er fühlt sich im Recht. Aus der Art seiner Darstellung schimmert durch, daß er von dieser Auseinandersetzung immer noch bewegt wird: er hat ihr Verhalten als Ablehnung seiner Person verstanden. In diesem Punkt spielt wahrscheinlich seine Krankheit und Angewiesenheit auf Hilfe von Seiten seiner Frau hinein: er ist ständig pflegebedürftig, ans Haus gebunden und weiß, daß es für seine Frau eine starke Belastung ist. Das Bewußtsein seines Angewiesenseins kann Herr D. seiner Frau gegenüber jedoch nicht äußern: der Berater spricht dies an, darauf bestätigt es Herr D. Er wiederum sieht als Schwäche bei seiner Frau, was sie selbst anbietet: ihre "Nerven"; es ist Geschichte des Ehepaares, daß nicht mehr ausgesprochen werden muß, daß seine Frau einige Zeit in psychiatrischer Behandlung war; man kann vermuten, daß beide im Gespräch daran denken und Frau D. in Anbetracht dieser ihrer "Schwäche" bereit ist zu sagen, daß sie eventuell tatsächlich nicht überlegt, was sie sagt und die "Nerven mit ihr durchgehen". Frau D. wiederum initiiert eine Wende, indem sie den Beratern zu erklären versucht, warum ihr Mann empfindlich ist und (darüber spricht sie in der Einzelberatung) sie ihn häufig als Nörgler und ungerecht ihr gegenüber erlebt: sie greift zurück auf Kriegserlebnisse und die Nachkriegszeit, worin das Ehepaar einig zu sein scheint - er sich vielleicht auch das erste Mal in diesem Gesprächsabschnitt verstanden fühlt. - Die Appelle von Frau D., die stark emotional gefärbt sind und großen Anspruch an ihren Mann ausdrücken, scheinen auf Herrn D. die Wirkung zu haben, daß er "einen Schritt

zurück" macht. Ihre Überemotionalität schreckt ihn, sie wiederum schreckt seine trockene, selbstverständliche Art. Wenn sie zieht, geht er zurück: ein Mann muß hart sein - Schwächen und Gefühle können schlecht angesprochen werden.

Der folgende Ausschnitt aus einem folgenden Viergespräch soll nun einen Eindruck davon vermitteln, wie Interventionen von Seiten der Berater vom Ehepaar aufgegriffen werden.

Szene 11 (Ehepaar D.)

B_1 Wir möchten Ihnen einen Vorschlag machen, und zwar: wenn wir Sie hier zusammen erleben und Sie so miteinander sprechen und miteinander umgehen, haben wir den Eindruck, daß es da oft zu Mißverständnissen kommt. Wir wollen deshalb vorschlagen, daß wir weiterhin in Sitzungen zu viert Versuche machen, diese Mißverständnisse zu vermeiden. Ich will ganz kurz erklären wie: es geht darum, daß wir Ihnen verschiedene Regeln - Sie können das wie Spielregeln auffassen - sagen, an die sich jeder von Ihnen halten müßte, ähnlich wie zum Beispiel im Schachspiel. Wir erklären Ihnen das, und mit diesen Regeln ist es dann möglich, solche Mißverständnisse zu vermeiden. Sie könnten also in solchen gemeinsamen Sitzungen lernen, sich etwas besser zu verstehen.

F Ja, das find' ich gut, O., das finde ich sehr gut!

M Ja, M., für Dich, für Dich wär' das angebracht. Ich, ich brauch das nicht. Seit Sie beide da sind, hab' ich am meisten gesprochen. Ich sag' meine Sachen klar, so wie sie da sind.

F Ich auch, O., ich sag meine Sachen auch klar. Ich sag' ganz klar, ich bin froh, wenn jemand nach mir guckt. Das ist eine ganz klare Sache.

M Ja, dann beschäftige doch eine Freundin oder jemanden, mit dem Du Dich unterhalten kannst!

B_1 Bei dem Vorschlag, den wir gemacht haben, geht es nicht darum, was Sie sagen - wir wollen ganz sicher nicht, daß Sie Ihre Ansichten verändern. Das sind Ihre Ansichten und da wollen wir auch gar nichts dran machen. Es geht vielmehr darum, wie Sie Ihre Ansichten Ihrer Frau mitteilen und wie sie Ihnen ihre mitteilt. Es geht mehr um das Wie

F (unterbricht ihn) Wir müssen uns beide ändern, O., wir müssen uns irgendwie ändern.

M Ja, Du mußt Dich ändern.

B_2 Vielleicht redet am besten jeder nur von sich; denn Sie können schlecht über Ihren Mann auch bestimmen. Das wäre übrigens bereits eine erste Regel.

M Weißt Du, M., was das Beste wäre? Wir würden vier Wochen so einen (weist auf den Kassettenrecorder) Apparat aufstellen und immer, wenn ein Gespräch zustande kommt, zeichnet er es auf. Dann habt Ihr einen Einblick.

F O., Du brauchst nichts anderes wie nur herzlich zu mir zu sein.

M Ich bin herzlich! Aber wenn Du mich zur Schnecke machst, dann kann ich nicht mehr herzlich sein.

F Ah ja, und wann mach' ich Dich zur Schnecke?

Frau D. geht in überschwenglicher Weise auf den Vorschlag des Beraters ein; wohl vor allem auf den letzten Satz, der ein besseres Verständnis zwischen ihnen beiden in Aussicht stellt. Herr D. reagiert ablehnend, er schiebt die Notwendigkeit einer persönlichen Veränderung seiner Frau zu. Es scheint außerdem, als ob er - vielleicht auch durch die überschnelle Reaktion seiner Frau - nicht genügend Zeit gehabt hatte, ganz zu verstehen, was der Berater ihnen vorschlägt. Die überschwengliche Art seiner Frau scheint ihn zu blokkieren, sich mit dem Vorschlag in positiver Richtung auseinanderzusetzen, er gibt alle Appelle, die sie an ihn richtet, an sie zurück. - Die Anspielung von Herrn D., daß seine Frau sich alleine mit ihm anders verhalte als wenn Zuschauer dabei sind - so ist seine Äußerung, sie sollten auch einmal für einige Zeit einen Kassettenrecorder aufstellen, zu verstehen - übergeht Frau D. Tatsächlich ist es so, daß ihr Auftreten in den gemeinsamen Sitzungen überzogen wirkt. Sie geht meistens sofort auf Vorschläge der Berater ein, zeigt sich außerordentlich kooperationsbereit. In den Sitzungen alleine mit einem Berater ist sie

ruhiger, nachdenklicher, wägt länger ab[209]. Herr D. gibt sich dagegen "so wie er ist", ein bißchen despotisch, unbeweglich, störrisch (s. auch Szene 1 und 2).

Der Vorschlag der Berater, über und mit gewissen Regeln zu sprechen, gerät über dem folgenden Wortwechsel des Ehepaares ins Hintertreffen: die Berater werden zu Zuschauer bei dem Spiel, daß das Ehepaar spielt - wobei gut vorstellbar ist, daß ohne Anwesenheit von Fremden die Auseinandersetzungen ähnlich verlaufen: Frau D. appelliert, Herr D. gibt die Vorwürfe an sie zurück und stellt sich selbst als "in Ordnung" hin.

Die Intervention der Berater geht in gewisser Weise am Ehepaar vorbei. Sinnvoll wäre, auf die Art und Weise des Umgangs nochmals einzugehen. Das Ehepaar verharrt in alten Umgangsformen, benutzt Interventionen nur, um neu "einsteigen" zu können. Dies müßte zum Thema gemacht werden; der Vorschlag der Berater kommt zu diesem Zeipunkt zu früh. - Die Vierer-Sitzung ist, auch wenn es nicht zur Einigung über die Durchführung von Übungen kommt, dennoch erfolgreich: Herr D. erklärt sich entgegen früheren Sitzungen bereit, wieder mitzumachen: "Wenn Ihr mich braucht, dann bin ich da" (gegen Ende der Vierersitzung).

5.3.4. Diskussion

Anhand einzelner Sequenzen aus den durchgeführten Ehepaarberatungen wurde versucht aufzuzeigen, was Themen und Konflikte älterer Ehepaare sein können. Was sind die Erfolge der Beratungen? Eine so eindeutig nicht

---

209 Dies trifft auf einen Umstand, der bei Paarberatungen häufiger zu beobachten ist: die Befangenheit ohne den Partner ist geringer, die Abwesenheit des Partners bietet die Möglichkeit, über das eigene Verhalten zu reflektieren, ohne mit "typischen" Reaktionen des anderen rechnen zu müssen.

zu beantwortende Frage, da langfristige Auswirkungen und Veränderungen nicht erfaßt sind und nur teilweise erfragbar und beobachtbar wären[210]. Die Situation der Eheleute hat sich in beiden Fällen verbessert. Sie hat sich nicht grundlegend verändert, sondern die Beratung brachte punktuell Denkanstöße und Erleichterungen. Veränderung, so könnte man sagen, kam zustande durch:

- Dazukommen, Vorhandensein eines Beraters überhaupt; der Berater kann vom Ehepaar betrachtet werden als ein für beide "hilfsbereiter, unparteiischer und unabhängiger Dritter"[211]. Durch das Bewußtsein, eine Beratung zu beginnen, setzt bereits eine bewußtere Haltung eigenen Verhaltensweisen sowie dem Partner gegenüber ein. Vor allem bei Ehepaar D. war dies der Fall, wie Frau D. dem Berater gegenüber aussprach;
- die Möglichkeit der Beendigung eines vom Paar selbst nicht zu stoppenden "schlechten Spiels"[212] - s. Ehepaar D., Szene 10 und 11;
- die Möglichkeit der Einführung neuer Beziehungsregeln, s. Ehepaar C., Szene 8. Selten werden Paare, die nicht geschult sind, sich auf der Metaebene über ihre Beziehungsregeln allein auseinandersetzen; bei

---

210 Über "alte Ehen" liegen bislang wenige empirische Untersuchungen vor; zur Zufriedenheit älterer Paare siehe: Stinnett, N./ Collins, J./ Montgomery, J.E., Zufriedenheit in der Ehe bei älteren Ehemännern und -frauen, in: Scholz, O.B., Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen, Mü-Wien-Baltimore 1978, S.201-216

211 Mandel/Mandel, Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Vt, in: Mandel/Mandel/ Stadter/Zimmer, Einübung..., München 1971, S.93

212 Watzlawick, P./ Beavin, J.H./ Jackson, D.D., Menschliche Kommunikation, Bern Stuttgart Wien o.J., 3. Auflage, S.143

alten Ehen ist zudem häufig unklar, wer von den Partnern die Regeln setzt[213];

- nicht zuletzt die Möglichkeit für die Partner, überhaupt ihre Probleme zu besprechen. Bei Älteren trifft man vielfach die Ansicht an, über "private" Probleme spreche man nicht mit anderen, schon gar nicht mit Fremden; auch dürfe man andere nicht mit eigenen Problemen belasten (s. Szene 6, Frau D.).

Gegenüber jüngeren Ehepaaren müssen wir bei älteren u.U. andere Kommunikationsstrukturen voraussetzen. Wenn zum Beispiel Mandel/Mandel als Voraussetzung für gelungene Partnerschaft

- möglichst offene Kommunikation
- Austausch von Informationen (denn Bedürfnisse ändern sich, durch Gewöhnungen, gesellschaftliche Änderungen, Entwicklungen der Partner, Lebensphasen)
- Krisengespräche bei akuten Krisen

setzen[214], so sind das sicherlich anzustrebende Ziele für jüngere Partnerschaften, geht aber an den Lebenserfahrungen und Kommunikationsmöglichkeiten der heute Älteren vorbei. Ehe hatte, geschlossen kurz vor oder während des zweiten Weltkrieges, einen wesentlich anderen Stellenwert und eine andere Ausgangsbasis: die Sicherung der Existenz stand im Vordergrund, damit die Arbeitsleistung der beiden Partner. Das Gespräch stand nicht so sehr im Vordergrund wie heute, auch über die Beziehung zu sprechen will gelernt und geübt sein. - Für Ehepaar D. zum Beispiel war die Eheschließung - es ist für beide die zweite Ehe - Grundlage, um gemeinsam ein Geschäft zu gründen, beider Arbeitskraft war gefordert; die eher "romantischen" Vorstellungen

---

[213] s. Mandel/Mandel, a.a.O., S.94

[214] ebenda, S.44

von Ehe sind für Frau D. auch heute noch an ihren ersten Mann gebunden.

Es ist zu beachten, daß sich bei vielen älteren Ehepaaren ein Bewußtsein entwickelt, daß sie sich gegenüber den Alleinstehenden ihrer Altersgruppe in einer privilegierten Situation befinden: sie sind "noch" zusammen, viele andere in ihrem Alter sind einsamer[215]. Mit dem Gewahrsein der eigenen vorteilhafteren Lage wird die Bereitschaft steigen, den Partner auch in unangenehmen Wesenszügen auszuhalten. Zudem gewinnt der private Bereich und damit in besonderem Ausmaß die Ehe durch Austritt aus dem Berufsleben und dem damit verbundenen Status- und Prestigeverlust an Bedeutung[216]. Die Eheleute hängen im Hinblick auf Zuwendung, Achtung und Ansehen mehr voneinander ab, da die Resonanz von außen durch eine gewisse Verringerung oder Umverlagerung von Kontakten in den meisten Fällen geringer wird[217].

Vermutet werden kann, daß Ehen, die von Anfang an als befriedigend wahrgenommen wurden, sich auch im höheren Erwachsenenalter als befriedigend für beide Partner erweisen werden: hat das Ehepaar Möglichkeit gehabt, Strategien für Krisen und Konflikte früher zu entwickeln, so werden diese auch bei Veränderungen im

---

215 bei den 65-70jährigen sind 84,4% der Männer verheiratet, gegenüber 44,5% der Frauen; bei den 70-75jährigen sind noch 78,2% der Männer verheiratet, gegenüber nur noch 32,8% der Frauen; s. Lehr, U. (Hrsg.), Seniorinnen, Darmstadt 1978, S.14

216 s. Fülgraff, Barbara, Soziologie des Alterns. Einige kritische Anmerkungen zu einem vernachlässigten Problem, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1/2 (1970/71), S.124

217 s. Stinnett u.a., a.a.O., S.201

Alter zur Anwendung gelangen[218].

An den Berater sind andere Erwartungen gestellt und wird das Aushalten anderer Belastungen vorausgesetzt als in Einzelberatungen.

- Wichtig ist zum Beispiel die grundlegende Überzeugung beim Berater, daß"auch in einer chronisch konfliktreichen Ehe die Beziehung durch geeignete soziale Lernprozesse erheblich verbessert werden kann"[219].
- Der Berater muß in seiner Zuwendung zu den Partnern in etwa Gleichgewicht halten. Die Möglichkeit und Gefahr der Koalitions- bzw. Kollusionsbildung ist ständig gegeben[220]. Die Anwesenheit eines zweiten - gegengeschlechtlichen - Beraters kann dies etwa ausgleichen. - In den vorgestellten Beratungen bestand durchaus Möglichkeit der Koalitionsbildung, da sowohl Frau C. wie auch Frau D. außerhalb der Paarstunden Einzelsitzungen mit einem Berater in Anspruch nahmen. Andererseits wurde bereits aufgezeigt, daß die Einzelsitzungen wertvoll sein können: in Einzelsitzungen können z.B. Ängste angesprochen werden, die vor dem Partner nicht formuliert würden; der Beratene hat Möglichkeit, sich anders darzustellen, als dies mit Ehepartner der Fall wäre, wo erfahrungsgemäß ziemlich rasch alteingefahrene Reaktionsmuster ins Spiel kommen. Diese zu bearbeiten ist zwar wichtig, bringt jedoch u.U. die Eigenproblematik des sich unterlegen fühlenden Partners aus

---

218 sehr pessimistisch muß dagegen die Aussage gewertet werden, daß es wenige gute und erfüllte Ehen in diesen späteren Jahren der Ehe gebe, s. Rosenmayr a.a.O., S.226

219 Mandel/Mandel, a.a.O., S.91

220 s. Willi, J., Therapie der Zweierbeziehung, a.a.O., S.19f.

dem Blickfeld. Im Fall der Beratung C., wo Frau C. stark unter Minderwertigkeitsgefühlen und Ängsten, ihr Mann könnte ihr davonlaufen, litt, waren die Einzelsitzungen wesentlich zur Aufarbeitung der tabuisierten Themen. -

- Auch bei Paarberatungen kann es sich als sinnvoll erweisen, die Beratung zuhause stattfinden zu lassen. Bei Ehepaar D. kam die Beratung zuhause zustande, weil Herr D. aufgrund seines Gesundheitszustandes die Wohnung nicht verlassen konnte. Die Hausbesuche brachten wichtige Informationen; z.B. über den Zustand des Haushaltes, den die Tochter (die sich ursprünglich mit der Beratungsstelle in Verbindung gesetzt hatte) so beklagt hatte. Die Berater konnten sich überzeugen, daß keine "Verwahrlosung" des Hausstandes vorlag.

Das setting ist bei den vorgestellten Beratungen sehr offen; bereits erwähnt wurden die Einzelsitzungen zusätzlich zu den Vierertreffen. Die Flexibilität ist notwendig, z.B. wegen der Krankheit von Herrn D., was Hausbesuche unabdingbar macht. Aufgrund der starken Belastetheit von Frau D. sind Einzeltermine zusätzlich sinnvoll. Beide Frauen haben - anscheinend - starke Bedürfnisse nach Aussprache, haben jedoch offenbar außer ihren Ehepartnern kaum andere vertraute Personen. Frau D. erlebt sich im Dorf immer noch als "Zugezogene", obwohl sie seit über 20 Jahren in der Gemeinde lebt. Frau C. behält Schwierigkeiten absolut für sich, da sie Angst hat vor dem Dorfklatsch.

Vor allem bei Ehepaar D. erscheinen Auseinandersetzungen hart und festgefahren in den Reaktionen ("Ich weiß, wie ich mich dir gegenüber zu verhalten habe" - Herr D., Szene 2). Die lange gemeinsame "Ehebiographie" läßt Erfahrungen und Hypothesen - die nicht mehr überprüft werden - kumulieren und führt dazu, bei Auseinandersetzungen schnell die passende Episode, die gegen

den Partner verwendet werden kann, auszuspielen. Das Ehepaar D. greift auf die entsprechenden Erfahrungen in der Beratung zurück, er auf ihre psychische Anfälligkeit - psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit ist für das Ehepaar sicherlich außerordentlich diskriminierend -, sie auf seine Erkrankung und seine Erlebnisse im Krieg, die ihn verhärtet hätten. Offenbar werden weniger die guten als die kränkenden Episoden erinnert. Insofern sind die transsribierten Szenen aus der Vierer-Beratung sicherlich noch gemäßigte Sequenzen gegenüber den vermutlich stattfindenden Grabenkämpfen, wenn das Ehepaar allein ist. Wie sehr sich Herr D. existenziell durch die Krankheit verunsichert fühlt und in dem Bewußtsein lebt, von seiner Frau abhängig zu sein, wird an Szene 10 etwas deutlicher; auf einen anderen fundamental angewiesen zu sein, zu dem man ein gespanntes Verhältnis hat, muß äußerst zwiespältig erlebt werden. Die starke Verbitterung Herrn D.'s resultiert außerdem aus der Wende, auf die Frau D. anspielt: anstatt des hart erarbeiteten erwarteten friedlichen Ruhestandes kam die Krankheit. Für Frau D. ist Pflicht, zum kranken Partner halten zu müssen, ihn bei Tag und Nacht zu versorgen, obwohl beziehungsmäßig ihr Bedürfnis nach Anerkennung und Zärtlichkeit nicht gestillt wird. Der Berater kann nicht mit der Frage spielen, ob die Ehegemeinschaft aufrechterhalten werden kann, wie dies bei einem jüngeren Paar eher möglich wäre. Die gegenseitige Angewiesenheit bedingt die Schwerpunktlegung auf die aktuelle Lebenssituation und deren Management. Von Beraterseite her gesehen keine leichte Aufgabe, da er trotz der resignativen, gar verbitterten Grundstimmung des Ehepaares eine positive, vorwärtsgerichtete Haltung bewahren muß.

Bei Ehepaar C. sind die Bedingungen für eine aufdekkende, Konflikte bearbeitende und nach echten "Lösungen" suchende Beratung etwas günstiger. Kompensations-

möglichkeiten für Konflikterleben und Versagenserlebnisse sind vorhanden. Die Alternsproblematik kommt ins Spiel durch Frau C.'s Altersvorsprung und ihre Ängste um den Verlust von Attraktivität für ihren Mann: ihr Mann hat die 50er- Grenze noch nicht überschritten, während sie sich als Frau mit über 50 sicherlich bereits mit ihrem Älterwerden auseinandersetzt. Dies dürfte mit ein wichtiger Grund sein für ihre Frage nach einem positiven feed-back.

5. 4. Intervention bei wahngestörten alten Menschen:

Frau E., 78 Jahre
Frau F., 84 Jahre

Auf Entstehungsbedingungen von Wahnideen bei Älteren und den resultierenden Interventionsschwierigkeiten wurde bereits kurz eingegangen. Hier soll nun an zwei alten Frauen, zu denen die Beraterin über längere Zeit hinweg Kontakt hatte, zweierlei aufgezeigt werden:

1. die Möglichkeiten der Intervention und die Behinderungen in den Bemühungen, die durch die nicht vorhandene Krankheitseinsicht beim Älteren, aber ebenso durch die ablehnende Haltung der Umgebung, die den alten Menschen für gefährlich gestört hält und ihn am liebsten innerhalb einer Institution verwahrt sähe, entstehen. Leider liegt zu beiden Beratungen kein Tonbandmaterial vor, da aufgrund der speziellen Problematik auf eine Aufzeichnung der Gespräche zugunsten einer eventuellen Verbesserung der Symptomatik verzichtet werden mußte;
2. lebensgeschichtliche Komponenten, die bereits auf die besondere Form der Wahnentwicklung hinweisen; es soll eine Beweisführung versucht werden zur Hypothese, daß Wahn im Alter nicht nur auf hirnarteriosklerotischen Abbau zurückzuführen ist, eventuell verbunden mit einer Abwehr der eigenen psychophysischen Alternserlebnisse[221], sondern daß im Alter durch die Zuspitzung der Lebenssituation Persönlichkeitsvariablen und "coping behaviour" deutlich werden, die als "Sinnkontinuität" begriffen werden können[222]. Die bereits vorher gelebte Hal-

---

[221] s. Kap. 2.3.3.

[222] nach Blankenburg, W., Die anthropologische und daseinsanalytische Sicht des Wahns, in: Studium Generale 20 (1967), S.645

tung den "anderen" gegenüber, die individuelle Weltsicht äußert sich im Alter bei sich verengender Lebensperspektive und erlebten Verlusten in der offenen Feindseligkeit der Umgebung. Biographische Momente und Aussagen naher Freunde und Verwandter sollen dies belegen.

Biographie Frau E., verwitwet, Jg. 1902

Frau E. kommt als nicht-eheliches Kind in Neu-Ulm zur Welt, wohin ihre Mutter hochschwanger von den Eltern geschickt worden war, um dort - unbemerkt von Bekannten und Nachbarn in Y. - zu entbinden. Die Ehe mit dem Vater des Kindes war von den Eltern nicht gestattet worden, da die Familie evangelisch war, der Kindesvater katholisch. Mutter und Kind kehren nach einigen Monaten nach Y. zurück, wo Frau E. als jüngstes Kind bei den Großeltern zwischen sieben Onkeln und Tanten aufwächst. Sie hält ihre Großeltern für ihre leiblichen Eltern und erfährt erst mit 14 Jahren, daß ihre eine "Tante" - die inzwischen geheiratet hat und weggezogen ist - ihre Mutter ist. Dies so spät erfahren zu müssen, war für sie nach eigenen Erzählungen ein Schock, und, vor allem, daß sie nichtehelich geboren war - in der damaligen Zeit ein Makel, der von bestimmten gesellschaftlichen Kreisen ausschloß. Sie erlernt den Beruf einer Fachverkäuferin für Unterwäsche und Trikotwaren. Der Großvater hat Ende der 20er Jahre Gelegenheit, ein Spezialgeschäft für Trikotwaren zu eröffnen; Frau E. wird bei ihm Fachverkäuferin. Das Geschäft läuft gut und wird bis 1943 vom Großvater geführt. Als eine Tante das Geschäft übernimmt, wechselt Frau E. die Stelle und wird Postangestellte. 1951 heiratet sie den geschiedenen Postbeamten Wilhelm E. Die Ehe dauert 10 Jahre, dann erliegt ihr Mann wenige Wochen vor der Pensionierung einem Herzinfarkt. - Frau E. zieht nach kurzer Zeit aus der ehelichen Wohnung aus, da sie zu viel an die dort

gemeinsam verbrachten Jahre erinnert. Sie bezieht eine Wohnung im gleichen Stadtteil, in dem sie bisher ihr ganzes Leben verbracht hat. Sie hält sich zwei Katzen und besucht verschiedene Treffs für ältere Leute. Wegen Auseinandersetzungen mit dem Vermieter muß sie die Katzen weggeben. - Ungefähr 6 Jahre nach Tod ihres Mannes beginnt sie Verdacht gegen andere Personen in nächster Umgebung auszusprechen, man entwende ihr Dinge aus der Wohnung. Immer handelt es sich nur um Kleinigkeiten, z.B. Haushaltsgegenstände, führt aber jedes Mal zu Auseinandersetzungen mit den Beschuldigten und, da sie häufig auch die Vermieter beschuldigt, in mehreren Fällen zur Kündigung der Wohnung. Bis Mitte 1978, dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme durch die Beratungsstelle, hat sie seit dem Tod ihres Mannes sechs verschiedene Wohnungen, immer im gleichen Stadtteil, innegehabt. In der Gegend ist sie inzwischen bei vielen als "verrückt" bekannt, weswegen sich ein Großteil der früheren Bekannten von ihr zurückgezogen hat. - Der Kontakt zu Frau E. kommt über eine Altenclubleiterin zustande, die in der Beratungsstelle anruft: mit Frau E. werde es immer schlimmer, sie habe jetzt einen Rechtsstreit mit ihrem Vermieter und breche zu ihren letzten Bekannten den Kontakt ab.

Biographie Frau F., verwitwet, Jg. 1895

Frau F. wird 1895 als ältestes von vier Kindern einer Musikerfamilie in Posen geboren. Sie erhält mit den Geschwistern Privatunterricht im Haus der Eltern. 1915 absolviert sie die Prüfung in "weiblichen Handarbeiten", die sie berechtigt, das Fach an mittleren und höheren Töchterschulen und am Lyzeum zu unterrichten. Sie verläßt Posen und nimmt eine Stellung in Essen an. 1925 heiratet sie Richard F., mit dem gemeinsam sie sich in Leipzig niederläßt. Herr F. war Berufssoldat im 1. Weltkrieg, schied als Oberstleut-

nant aus, quittierte jedoch 1920 den Dienst und versuchte im Ruhrgebiet im Betrieb eines Freundes seines Vaters Fuß zu fassen. Während dieser Zeit lernt er seine spätere Frau kennen. Wohl aufgrund beginnender wirtschaftlicher Verschlechterung Ende der 20er Jahre sieht er sich genötigt, beruflich nochmals umzusatteln: er wird Lehrer in Leipzig und schreibt sich an der Universität Leipzig für ein sozialwissenschaftliches Studium ein. 1934 promoviert er mit einer Arbeit über Montessori-Pädagogik, an deren Erstellung Frau F. mitarbeitet. - Wiederum scheint notwendig zu werden, sich beruflich neu zu orientieren: er entschließt sich erneut fürs Militär und zieht mit seiner Frau im Jahr 1936 nach Y. - 1942 fällt er in Rußland und wird dort beigesetzt, wovon Frau F. umgehend schriftlichen Bescheid erhält.

Frau F. läßt sich zur Rotkreuz-Schwester ausbilden und arbeitet bis Ende der 50er-Jahre beim DRK in Y. Sie macht sich einen Namen durch verschiedene Vorträge im Rahmen der Organisation, z.B. durch "Die heranwachsende Jugend in der vaterlosen Familie" (1956), wobei sie sich nicht scheut, ihre traditionsbewußten Werte und ihre Begeisterung für den "deutschen Soldaten" deutlich herauszustellen. Sie engagiert sich im VDS (Vereinigung dt. Soldaten) und im Kriegerwitwenverband. 1958 schreibt sie an den damaligen Oberbürgermeister der Stadt eine mehrere Seiten starke, engagierte Stellungnahme zur schwierigen Auswahl des angemessenen Mahnmals auf dem Bergfriedhof, worin sie einmal mehr ihre Vorstellungen vom "deutschen Soldaten" und dem "Heldentod auf dem Felde der Ehre" deutlich werden läßt.

Im privaten Bereich zieht sie sich seit den 50er Jahren immer mehr zurück. Sie läßt kaum jemanden in ihre Wohnung. Als Anfang der 60er Jahre z.B. beide Schwestern aus Berlin überraschend zu einem Besuch anrei-

sen, läßt sie sie vor der Tür stehen; es kommt zu einem handfesten Familienkrach, in den auch die Familie des Bruders hineingezogen wird. - Ende der 60er Jahre beginnt eine Jahre andauernde Auseinandersetzung mit der Hauswirtin, die nach deren Ableben mit dem Sohn fortgeführt wird: obwohl Frau F. sich gegen den Einbau einer Zentralheizung wehrt, wird die Heizung eingebaut und ihr die Miete erhöht. Sie weigert sich, die höhere Miete zu zahlen, öffnet nicht einmal mehr die Briefe, die in dieser Angelegenheit an sie gerichtet werden. Nach mehreren Anläufen gelingt es dem Vermieter schließlich, sie aus der Wohnung herauszuklagen, in der sie über 40 Jahre gelebt hat. 1978, im Alter von 83 Jahren, zieht sie mit Hilfe der Familie des Neffen noch einmal in eine eigene Wohnung um.

Seit 1973 werden gegen sie "Attentate" begangen, für die sie politische Gründe annimmt: man wolle sie ausschalten, da sie eine politisch bedeutsame Person sei. Bei zwei Attentaten ist die reale Grundlage klar: sie stürzt und zieht sich jeweils erhebliche Verletzungen zu. Diese Erlebnisse deutet sie offenbar in Anschläge auf ihr Leben um.

Im Frühjahr 1979 wendet sich ein ehemaliger Pfarrer an die Beratungsstelle: er hat ein Jahr lang Frau F. betreut und möchte sich zurückziehen, da er aus Y. wegzieht. Die Beraterin betreut Frau F. bis zum Sommer 1980, in dem die alte Dame verstirbt.

5.4.1. Erklärungsansätze für die Wahnbildung

Die eigentliche psychische Problematik konnte in Zeiten relativer Stabilität angegangen werden. Bei beiden Frauen drehten sich die Gespräche sowohl um die als schwierig erlebten aktuellen Beziehungen wie auch um lebensgeschichtliche Momente. Das Eintauchen in die Biographie spielt in der Arbeit mit Älteren gene-

rell eine große Rolle. Bei den alten Damen wurde es von Beraterseite forciert, da deutlich wurde, daß, abgesehen von den schwerwiegenden Verlusterlebnissen, sich früher verankerte Dispositionen bei der Wahnbildung auswirkten. Anhand der Ausschnitte aus den Interviews mit Freunden und Verwandten wird der Versuch gemacht, zwischen persönlichkeitsspezifischen Faktoren, Verlusterlebnis, Alterssituation und Wahnentwicklung einen Zusammenhang herzustellen.

5.4.1.1. Frau E. - Bestehlungswahn

In der Beratung Frau E. taucht als Thema immer wieder auf, daß sie gegenüber ihren Onkeln und Tanten, mit denen sie aufgewachsen war, von den Großeltern benachteiligt worden sei. Geäußert habe sich das konkret später, als sie mit ansehen mußte, wie andere aus ihrer Verwandtschaft erbten, sie jedoch nie. Der Grund liegt für Frau E. auf der Hand: ihre nichteheliche Geburt. Ihre nichteheliche Geburt habe auch bewirkt, daß sie nicht früher geheiratet habe. Erst nach dem Tod des Großvaters konnte sie ein selbständiges Leben führen(bis dahin hatte sie bei den Großeltern gelebt) und lernte mit 48 Jahren ihren Mann kennen. Die späte Verheiratung habe eigene Kinder unmöglich gemacht, was sie jetzt im Alter zu büßen habe. Frau E. sieht so ihr Leben als logische Kette, mit der nichtehelichen Geburt als Begründung eines mißratenen Lebenslaufes, an dessen Ende ihre Einsamkeit im Alter steht.

Im Gespräch mit der langjährigen Freundin Frau G. wird das Thema "Benachteiligung" angeschnitten:

B Wegen der Vorstellung, daß Frau E. in ihrem Leben oft benachteiligt wurde, was halten Sie davon? Hat sie oft über so etwas gesprochen? Mir hat sie z.B. oft erzählt, daß sie hat zugucken müssen, daß alle um sie herum geerbt haben, nur sie nie!

F Das kam eigentlich erst im Alter. Das kam erst im Alter, wo sie das da gesagt hat! Früher war sie halt vielleicht bedrückt, daß sie ein lediges Kind war! Das hat sie also immer bedrückt. Sie hat oft, oft darüber gesprochen, daß das eben Unrecht gewesen wäre, von den Großeltern praktisch, daß ihre Mutter nicht hätt heiraten dürfen. Da hat sie also arg drunter gelitten. Seit ich sie kenne eigentlich.

B Ja, und Sie kennen sie ja schon aus dem Geschäft, von ganz früher, oder?

F Ach, ich kenn sie vielleicht... seit 1930... sie hat mir auch einmal erzählt, daß sie so spät davon erfahren hat. Sie hat ja zur Großmutter Mutter gesagt und hat erst als junges Mädchen dann erfahren, wer ihre Mutter ist.

B Hat sie Ihnen denn auch mal erzählt, daß sie mal einen Mann getroffen hat auf der Brücke, und das sei ihr Vater gewesen?

F Ja, diese Geschichte hat sie mir auch schon einmal erzählt. (Pause) Aber wie kommt man zu so was? Durch was wird so etwas ausgelöst? (Pause) Und ich glaube auch, sie hat immer sehr darunter gelitten, daß sie nicht früher hat heiraten können.

B Ja, denn bei mir klagt sie auch häufig, daß, wenn sie früher hätt heiraten können, sie jetzt Kinder hätte, und dann wäre ihre Situation anders.

F Und sie hat ja vor dem W. (ihr Mann) eine Freundschaft mit einem Mann gehabt, aber das ging ja dann in die Brüche. Den hatte sie auch schon mit nach B. genommen, das will dann schon etwas heissen. Und der hat sie dann doch sitzen gelassen, und das hat sie damals schwer getroffen.

B Ja, das hat sie vielleicht einmal mehr bestätigt, daß sie den Kürzeren zieht, angefangen mit ihrer Herkunft. Bei mir hat sie immer gesagt: wegen der Herkunft hätte sie nicht geerbt, obwohl sie schon gut gelitten war vom Großvater - also geerbt haben immer die anderen, die rechtmäßigen.

F Das kam doch aber erst wie dann die Großeltern tot waren! Und das mit dem Haus in S., das ist doch auch erst im Alter! Das kam doch erst jetzt im Alter raus! Und da hatte sie doch!

B Aber ich denke es hat ihr nicht genügt! Es wäre ja auch wegen der Anerkennung gewesen!

F Das kann sein.... ja, das wär schon möglich, daß das für sie eine Anerkennung gewesen wäre - denn sie hat sich doch auch vom Großvater übergangen gefühlt, und sie hat sehr an ihm gehangen!.... Tja, also ich weiß nicht wie sie zu dem... also ich möcht sagen, ich hab' das erste Mal gemerkt

daß ihr Dinge fehlen, wie sie von der A.-straße in die S.-allee gezogen ist. Denn in der A.-straße war ich ja nie bei ihr.

B Das war ja die eheliche Wohnung. Wie war das eigentlich, als er gestorben war, ist sie noch wohnen geblieben, oder ist sie gleich umgezogen?

F Das weiß ich nicht mehr genau! Also eine Zeitlang wird sie sicher noch dort gewesen sein. Aber sie hat mir dann eben gesagt, die Erinnerung sei zu stark. Und ich habe von Nachbarn dann gehört, daß es Schwierigkeiten gab wegen der Katzen. Sie war doch eine so große Katzenliebhaberin! Und das hätte eben dort in der Nachbarschaft Differenzen gegeben! Dann ist sie eben weg... Aber ob dort auch schon irgendetwas war, das ist mir also unbekannt.

B Hm. Aber dann in der S.-allee!

F Da hab ich sie mal unterwegs getroffen, und da sagt sie, ja, sie würd jetzt da wohnen, und dann sagt sie: komm rein! Sag ich: ja, ich guck gschwind rein und guck wies aussieht. Und ich hab sie dann mal wieder getroffen, und da hat sie mir gesagt, daß da Kaffee fehlt, den sie da oben auf dem Buffet gehabt hat, der Kaffee fehlt, und was war denn noch? Und Kohlen fehlen, Kohlen! Und der Zähler, der elektrische Zähler, der läuft auf ihre Wohnung.

B Ah! Das hat sie alles in der S.-straße auch wieder gehabt!.... Und wie haben Sie darauf reagiert? Haben Sies geglaubt damals?

F Ja, ich glaub ich habs geglaubt! Also da hab' ichs sicher geglaubt!.... Denn ... das wars erste Mal!.. Da werd ichs wohl geglaubt haben. Also da hab'ichs wahrscheinlich geglaubt. Aber da hatte ich ja gar nicht so viel Zeit! Um mich da näher damit zu befassen.

Frau G. bestätigt letztendlich den Zusammenhang, daß aus Frau E.'s Erleben ihrer nichtehelichen Geburt als Makel, dem späten Erfahren und der späten Möglichkeit zur Verheiratung ein Gefühl von Benachteiligung resultiert. Allerdings sieht Frau G. das Aufkommen dieses Gefühls "erst im Alter". Die Beobachtung ist sicherlich richtig, geht man davon aus, daß in den Jahren, in denen Frau E. verheiratet war, sie sich sehr wohl fühlte, sowohl von anderen wie von ihr selbst die Ehe als harmonische geschildert wird ("es gab kein

unschönes Wort in unserer Ehe. Ich hab ihm gleich am Anfang gesagt: W., wenn ir an mir etwas nicht paßt, dann sagst du's mir, ich will keinen Streit" - Frau E.), daß jedoch durch und nach dem zu frühen Ableben des Mannes die Verbitterung über ihr einsames Leben die alten Gefühle von Zurückgesetztsein, kein Glück im Leben zu haben wie die anderen, verstärkt auftraten. Durch das Verlusterlebnis wird eine generelle Einstellung reaktiviert und bestätigt.

Auch Frau G. glaubt die Geschichte, Frau E. habe den Vater viele Jahre später getroffen und sei von ihm angesprochen (also erkannt) worden, nicht, ebenso wie die Cousine Frau I. oder die Beraterin, denen allen die Geschichte mehrfach erzählt worden war. Von den Fakten ausgehend erscheint ein solches Treffen unmöglich: nach Frau E.'s Erzählungen war sie ca. 20 Jahre alt; da der Vater bald nach Geburt des Kindes sich ins Bayerische versetzen ließ und dort eine Familie gründete, zur Familie der Mutter nie wieder Kontakt aufnahm, erscheint ein solcher Zufall äußerst unwahrscheinlich. Näherliegend scheint die Interpretation der Erinnerung als starker Wunsch Frau E.'s nach einem "richtigen" Vater und einer intakten Familie. Sie nimmt eine Uminterpretation des Ereignisses vor, daß ein Mann sie auf der Straße anspricht, dem sie schlichtweg gefiel und der sie zu einem Treffen am Abend ins Wirtshaus einlud.

Die Abwesenheit des eigenen Vaters erklärt auch die starke emotionale Bindung an den Großvater, auf die Frau G. hinweist. Auch vom Großvater hat sie sich offenbar letztendlich, trotz seiner Zuneigung für sie, zurückgesetzt gefühlt, als es nach seinem Ableben ums Erbe ging: sie ging leer aus, obwohl doch sie es gewesen war, die im Haushalt der Großeltern bis zu deren Tod geblieben war, also auf ein selbständiges Leben verzichtet hatte.

Ihre erste Beziehung zu einem Mann, kurz nach dem Tod des Großvaters, wurde von dem Partner nach zweijährigem Kontakt beendet. Frau G. weist darauf hin, daß diese erste Beziehung für Frau E. sehr wichtig gewesen sein muß, denn sie stellte ihn ihrer Mutter in B. vor, er war also - gemessen am moralischen Kodex jener Zeit - ein "Heiratskandidat". Wie wichtig diese Beziehung gewesen sein muß, wird deutlich dadurch, daß Frau E. zum Zeitpunkt der langsamen Auflösung der Beratung, als sie bereits seit einigen Monaten im Altenheim wohnt, beginnt zu erzählen, sie sei zweimal verheiratet gewesen, nur leider seien ihr "beide Männer zu früh weggestorben". Die Beziehung zu diesem Mann kommt in ihrer Erinnerung - von der emotionalen Besetzung her - einer Ehe gleich, sein Verlust einem Todesfall.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für den Wahn überhaupt ist ja das Verleugnen des Erlebnisses des eigenen Alterns, was sich wie beschrieben in einer Verschlechterung des Augenlichtes, der Hörfähigkeit oder der Merkfähigkeit äußern kann und zumeist von älterwerdenden Leuten sehr aufmerksam beobachtet und sehr rasch als Alternszeichen gewertet wird. Bei Frau E. war zu beobachten, daß sie noch zum Zeitpunkt der Beratung ihr Nachlassen des Augenlichts, des Geruchssinnes und v.a. der Gedächtnisleistung nicht wahrhaben wollte. Interessant erschien im Interview die Frage nach den Anfängen dieser Abwehrhaltung:

B Man könnte sich den Wahn eben auch so erklären: den Gedächtnisschwund, den hat sie ja damals schon ganz massiv gehabt. Und wenn sie sich den nicht zugeben konnte, dann ist sie halt hingegangen und hat es so verändert, daß sie über einen Gegenstand, den sie nicht mehr fand, jemanden im Haus oder einen Besuch beschuldigt hat, er habe es gestohlen. Denn z.B. hat sie einem immer erzählt, wie fit sie noch ist, wie gut sie noch laufen kann....

F Das konnte sie ja auch noch, das konnte sie.

B Wie jung sie sich noch fühlt... Könnten Sie sich denn vorstellen, daß sie das auf diese Weise abge-

wehrt hat, daß sie abgebaut hat? Können Sie sich das bei ihr vorstellen?

F Das ist aber eine schwere Frage! Das man das verdrängt?!....

B Daß man Angst hat vorm Altwerden, vor Krankheit, vor allem? Daß man stattdessen sagt, die anderen nehmen weg, weil man nicht wahrhaben will, daß man immer häufiger vergißt? (.... lange Pause....) Denn sonst müßte man ja annehmen, sie hätte willentlich gegen andere etwas aufbauen wollen. Denn schließlich hat sie ja andere beschuldigt, sie hätten bei ihr gestohlen!

F Ja, hier drüben war es vielleicht so, daß sie da... die waren halt vitaler, und jünger, daß sie da vielleicht.... Und hier hat sie ja die B.' nicht nur wegen dem Stehlen beschuldigt, sondern sie hat ja die Frau B. wegen ihrem Verhältnis zu einem anderen Mann total abgeurteilt!

B Sie meinen das Verhältnis mit dem Polizisten?

F Ja, genau! Da hat sie sich immer und immer wieder darüber aufgeregt, und ich hatte damals so ein bißchen den Eindruck, eine Spur Neid war vielleicht bei ihr doch auch dabei, obwohl sie sicher etwas ähnliches nie getan hätte! .... Es war ja auch hier, daß sie noch einmal einen älteren Herrn gekannt hat, das war ein gutsituierter Herr. Aber das ging nur ein paar Wochen. Ich weiß nicht, ob das viel Bedeutung hat....

B Sie hätte ja auch noch einmal heiraten können!

F Ja, hätte sie... sie hat halt damals dann zu mir gesagt: "So, jetzt hab' ich mir einen Bekannten zugelegt" - oder wie sie gesagt hat - "ich will auch nicht immer so allein sein!" - Aber ich hatte keine Zeit, ich bin nicht drauf eingegangen, bei mir wars halt immer hopp-hopp!.... Und da kam sie dann häufig morgens schon! Morgens... da mußte sie den Mülleimer daherstellen. Da kam sie schon um sieben die Treppe hoch: jetzt fehle die Schere. Sag ich, oh, ich hab' doch jetzt keine Zeit! Ich hab' doch keine Zeit, ich muß erst meinen Mann richten, ich komm dann nüber!

B War er denn da schon krank?

F Ja. Das war ihm halt zu viel, wenn die Glocke geht schon um siebene morgens!...Und ich bin dann vielleicht so um neune rum nochmal nüber, und hab' gesagt, jetzt wo ist denn die Schere? Sag ich, da liegt doch die Schere! In dem Sessel drin, da hat sie noch ein bißl rausgeguckt! Die war da so reingeschoben, gell! Sag' ich, da ist doch die Schere!

Da guckt sie mich ganz komisch an. Da guckt sie mich ganz komisch an! Daß ich das gemerkt hab', daß die Schere da war!

B Ja, hat sie gedacht, Sie haben sie gschwind da reingeschoben?

F Nein! Aber daß ich sie ertappt hab! Das war ihr nicht recht! Und... mir war das natürlich peinlich, ich will doch mit dem Nachbar nichts! Sag' ich: Ja, dann schließ doch einfach immer ab! Sagt sie: Das Fenster, das Fenster ginge so schlecht. Und jetzt geht es auf einmal gut zu! Sag' ich, ha, das ist aufgequollen! Des isch doch klar! Das glaub ich nicht, daß da jemand reinkommt.... und da hat sichs aber dann so zugespitzt, sie kam dann immer mal wieder rüber und hat gesagt, ja, das fehlt, jenes fehlt, der Schlüssel ist jetzt wieder weg, und da bin ich einmal mit rüber und hab' gesagt, jetzt zeig mir mal den Schlüssel! - Nein, der ist nicht da! - Sag' ich: Zeigs mir doch jetzt mal! Legs doch endlich mal daher (sie meint das Schlüsselmäppchen). Ich geh nicht weg, legs jetzt mal daher. Und da hat sies dahergelegt, und da hab' ich einen rausgezogen, und wupps hat er gepaßt.

B Hm, hm. Jetzt würd mich grad noch was anderes interessieren: wann war denn das etwa? Das muß doch noch in den sechzigern gewesen sein? Oder war es schon in den siebzigern?

F Ha, das war schon in den siebzigern.

B Denn ich überleg' grad... eine weitere Erklärung bei solchen Leuten ist ja auch die, daß man sagt, gut, das sind Leute, die sind kontaktmäßig isoliert. Wie würden Sie denn das einschätzen zu der Zeit? War sie da schon kontaktmäßig isoliert?

F Das möcht ich nicht sagen. Das nicht. Da noch nicht. Hm.

B Sie ging ja anfangs offenbar auch noch in den Altenclub, und auch in einen Frauenverein oder -kreis.

F Ja, ja. Und dann isch sie auch öfters nach R. gefahren und hat da was eingekauft. Sie hat ja doch viele Kleider!.... Also da war sie nicht isoliert!

Für Frau G. sicherlich eine schwierige Frage, ob sie sich vorstellen könne, daß Frau E. Alternsvorgänge verdrängt habe, da dies ja nur indirekt erschließbar ist. Was ihr dazu einfällt, ist das Verhältnis von Frau E. zum Vermieterehepaar: hier könnte es der Fall gewesen sein, daß sie im Vergleich mit diesen sich hätte älter, nutzloser, einsamer fühlen müssen: die beiden wa-

ren noch zusammen, sie waren jünger, standen aktiv im Geschäftsleben, und obendrein, die Frau hatte nicht einmal genug an dem einen Mann, sondern hatte auch noch einen Liebhaber. Daß dies ein wesentlicher Punkt von Frau E. war in der Erinnerung an ihre Wohnzeit und die Auseinandersetzungen dort, kann dem entnommen werden, daß sie der Beraterin gegenüber jedesmal, wenn man auf ihre Wohnung bei B.'s zu sprechen kam, über das Verhältnis der Frau sprach. Da sie selbst die Einstellung hatte, daß man als Frau ohne Mann "nichts wert" war, daß man "nicht zu seinem Recht" kam, mußte ihr diese Frau sehr potent erscheinen. - Zu ihr kam eben kein Mann in die Wohnung. Dem entspricht, daß es ihr in den Wochen, in denen sie die Bekanntschaft eines Mannes genoß, nach weiteren, nicht widergegebenen Erzählungen von Frau G. wesentlich besser ging. - Ohne diese Vorgänge interpretativ überstrapazieren zu wollen: sicherlich ist es legitim, sich im Alter von Frau E. (sie war mit 59 Jahren bereits wieder Witwe) weitere Bekanntschaften oder eine zweite Ehe zu wünschen, wobei bei ihr der Gedanke des dann nicht so alleine seins im Vordergrund stand. Auf der anderen Seite ist auffällig, wie wichtig für sie der Gedanke der Ehe und damit der Ausschluß anderer Personen war: auch über Frau G. sagte sie öfter: "Naja, die hat eben noch ihren Mann", wobei sie völlig übersah, wie hart für Frau G. das Leben mit dem schwer pflegebedürften Mann war. Dazu paßt auch, daß sie selbst sich nach Aussagen von Frau G. und der Cousine während ihrer zehnjährigen Ehe fast völlig von früheren Bekannten und Freunden zurückzog und nur noch für den Mann lebte. Aus diesen Anzeichen kann zumindest gemutmaßt werden, wie amputiert und verlassen sie sich als Witwe fühlte.

Die Vorstellung, bestohlen zu werden, eröffnet Frau E. Möglichkeiten in verschiedenen Richtungen: zum einen kann sie deswegen Kontakt aufnehmen zu Frau G.; die

Episode mit der Schere, ebenso die mit dem Schlüssel sind Beispiele dafür: Frau G. kommt zu ihr in die Wohnung, kümmert sich um sie, obwohl sie wenig Zeit hat - d.h. das ist vielleicht die einzige Möglichkeit, Frau G. von ihrem Mann wegzulocken; Frau E. muß starke Geschütze auffahren. Auf der anderen Seite steht hinter der Vorstellung, daß sie bestohlen wird, ja die konkrete Phantasie, daß eben doch jemand in die Wohnung kommt; bezeichnenderweise war es dort immer Herr B., nie seine Frau, der sie bestahl, d.h. Interesse an ihren Gegenständen zeigte. Daß Frau G. "komisch" guckt, wenn Frau E. die Schere bzw. Schlüssel wiederfindet, ist verständlich: müßte sie doch daraufhin eigentlich ihre Phantasien aufgeben. Aufrechterhalten wird das System dadurch, daß Frau E. denkt, er habe "es eben wiedergebracht, wie er gemerkt hat, daß ich es gemerkt hab'".

Einschränkend für die Erklärungsansätze müßte eigentlich die Aussage von Frau G. erscheinen, daß Frau E. zu diesem Zeitpunkt bezüglich Kontakten noch nicht isoliert war. Auf der anderen Seite steht die ebenfalls von ihr getroffene Aussage, daß Frau E. sich zu diesem Zeitpunkt wegen der Gürtelrose zurückzog und daß sich außerdem bereits ein Teil der Bekannten nicht mehr in die Wohnung wagte. Da zudem der wichtigste Kontakt, der zum Ehepartner, für Frau E. fehlte, kann sehr wohl ein subjektiv starkes Erleben von Einsamkeit vorhanden gewesen sein, unabhängig von der Anzahl tatsächlich bestehender Kontakte.

Fassen wir zusammen: die eingeschränkte Merkfähigkeit bzw. auch Sehschärfe macht möglich, Alltagsereignisse so umzuinterpretieren, daß auf der einen Seite Kontaktaufnahme zu anderen, die sich sonst nicht so um sie kümmern würden, möglich wird (Appellfunktionen); zum zweiten die Vorstellung, sie sei doch gefragt, ihr Besitz sei so attraktiv, daß man (meist Männer, meist der Vermieter) zu ihr in die Wohnung komme. Die

Bedeutung des Besitzes muß gesehen werden auf dem Hintergrund der Enttäuschung darüber, daß sie sich innerhalb der Familie übergangen fühlte; nach dem Tod des Mannes "besitzt" sie weder Ehemann noch Kinder, das einzige, was sie vorzuweisen hat, sind Sachwerte.

Die Cousine Frau J., die Frau E. aus ihrer Kindheit kennt und deren Aufwachsen im Haus der Großeltern ausschnittweise miterlebt hat, kann sich der Vorstellung, Frau E. sei gegenüber den eigenen Kindern benachteiligt worden, nicht anschließen:

B Was halten Sie denn von Frau E.'s Einstellung, sie sei gegenüber den richtigen Kindern der Großeltern benachteiligt worden, v.a. beim Erben?

F Ja, ob das stimmt, ich glaub eigentlich nicht. Denn benachteiligt worden ist sie eigentlich nicht, das kann man nicht sagen! Im Gegenteil. Sie ist von den Großeltern immer bevorzugt worden den anderen gegenüber. Ja, das war danns Nesthäkchen quasi!

B Ja, sie war die Jüngste und die, die am längsten da war! Ja, ja!

B Ja, aber sie sagt halt, sie hätt dann mitgekriegt, wie alle um sie rum erben - das ist ja auch der Vorwurf gewesen Ihnen gegenüber, daß sie annimmt, Ihnen gehört das Haus in der Hechingerstraße

F (unterbricht) Das gehört dem R. (ihr Sohn)

B Ja. Sie vertut sich dann immer, gell, sie

F (unterbricht) Ja, das kann ich verstehen. Also das war so: mein Onkel M., der hat ja in der Marquardtei draußen gewohnt, der war ja Verwalter da draußen, und als die Franzosen gekommen sind, da haben die raus müssen. Dann sind die ins Haus gezogen, wo die Großeltern sind, weil - der Großvater hat damals gesagt, er kauft das Haus. Und muß aber irgendwie zum Onkel M. gesagt haben, ach was tu ich mit dem Haus, kauf dus - irgendwie so. Was da gegangen ist oder wer da geerbt hat, weiß ich nicht. Wir auf jeden Fall nicht. Meine Mutter auch nicht. Keine Mark. Gell!

B Aber sie halt auch nicht!

F Aber sie auch nicht, ja das stimmt, sie auch nicht! .... Also was ich mir gut vorstellen kann, so wie das war bei den Großeltern, daß man eben zur Fanny gesagt hat, bring mir nur kein Kind, eben weil die O. sie eben gebracht hat, daß sie da doch sehr darauf gschaut haben. Sie durfte ja eigentlich allein

nirgend hin, und auch wie sie schon über 20 war, ging sie mit dem Großvater sonntags zum Frühschoppen in den "Kaiser" ..... das war halt da so!

B Denn sie leidet ja - das hat sie immer wieder zu mir gesagt - hätt' ich nur früher heiraten dürfen, dann hätt' ich auch Kinder, und dann wär ich jetzt im Alter nicht so allein.

F Vielleicht! (lacht) Haja, sie stellt sich das alles anders vor. (Pause) Aber warum hat sie erst so spät geheiratet. G. (eine Freundin) hat auch mal zu mir gesagt: aber d'Fanny hat doch gar nie ein Verhältnis gehabt! Und das wäre doch im Haus aufgefallen! Das hätt' man doch gewußt! ... Aber nach ihrem Vater hat man fragen dürfen!

B Wie - fragen dürfen?

F Ich mein das war ein höherer Beamter bei der Bahn, und der wollte die O. absolut heiraten, und die Großeltern wolltens nicht zulassen! Das war ja der Blödsinn! Wie kann man auch so ungeschickt sein! Nur weil er katholisch war! Also da sind sie ja in T. überhaupt komisch! (sie läßt sich über Konfessionen und deren Diskrimierung aus)... ja also, um darauf zurückzukommen, der Großvater war schon ein wenig engstirnig, und sie habens am Anfang eben auch nicht leicht gehabt, mit 7 Kindern und dann die Fanny dazu, gell, die haben sich schon nach der Decke strecken müssen!

Frau J. führt hier ein wenig in die "Familiengeschichte" ein. Sie kann überhaupt nicht finden, daß Frau E. gegenüber den eigenen Kindern zurückgesetzt wurde, eher im Gegenteil. Wichtig scheint vielmehr gewesen zu sein, daß sie indirekt das "Erbe" ihrer Mutter antrat, daß in diesem Punkt die Großeltern übermäßig streng, aber wohl durchaus den moralischen Vorstellungen der Jahrhundertwende entsprechend handelten: das uneheliche Kind war eine Schande, O. mußte bereits einige Zeit vor der Entbindung zu weiter entfernten Verwandten, kam erst einige Monate danach zurück, und offiziell war es eben ein weiteres Kind des Ehepaares. Man mußte bei der Fanny dann eben aufpassen, daß sie nicht ähnlich "geriet", was dazu führte, daß sie zwar kein schlechtes, aber sehr arbeitsreiches und kontrolliertes Leben führte. Insofern ist Frau E.'s Eindruck,

ihr Leben sei (negativ) von ihren Verwandten geprägt gewesen, nicht falsch. Nur ging es eben nicht um Besitz, um äußerliche Dinge, sondern um die Möglichkeit, ein selbständiges Leben zu führen, die ihr genommen wurde. Benachteiligung fand statt in der Qualität der möglichen Lebensführung, nicht in den äußeren Lebensbedingungen wie Reisen oder Kleider. Die Gefühle, zurückgesetzt worden zu sein, äußerten sich verschoben in der starken Besetzung von Sachwerten.
Frau I. hat für die Bestehlungsideen eine andere Erklärung:

B Mich hat das halt so stutzig gemacht, warum wird ihr gestohlen? Warum hängt sie so am Besitz? Warum verfolgt sie z.B. niemand?

F Weil sie sonst nichts hat! Sich mit sonst nichts beschäftigt! (Pause) Weil sie für niemanden sorgen kann.

B Da hat sie so angefangen um sich rum...

F Also so stell ich mirs vor.

B Ja, da isch sicher was dran!

F So stell ich mirs vor. Es gibt doch auch so Sammler im Alter, so die Leut die sich von gar nichts trennen können, nicht einmal von einem Schnürle!

B Ha, so war sie ja fast auch! (berichtet von den beiden Umzügen)

F (schnauft hörbar) Furchtbar, furchtbar. (Pause) Also wie gesagt, ich kann mir das nur so erklären, daß es so weit gekommen ist, weil sie sich nur mit sich und ihrem Kram beschäftigt hat. Wies jemand anders geht oder was jemand anders macht, das interessiert sie ja gar nicht! Auch wenn ich runterkomm einmal und sag Fanny, ich soll Dir Grüße sagen von der Marianne von V.! '"So, gehts ihr gut!" Das ist alles.

B (Pause) Also wie Sie jetzt erzählt haben, war es ja dann eher so rum: sie hat immer alles gekriegt, sie war immer der Liebling, sie war hübsch, sie hat schöne Reisen gekriegt, sie hat schöne Kleider gehabt, also

F (unterbricht) Da hat nichts gefehlt! Also da hats wirklich an nichts gefehlt! Ich krieg alles, das steht mir zu! So war ihre Haltung.

B Und dann noch dazu, wie der W. tot war, daß sie sonst nichts hatte, womit sie sich hätt gedanklich beschäftigen können.

F Beschäftigen können. Ja. Gell, und so isch... also ich hab' so's Empfinden, bei ihr ist das viel gekommen durch diese Vereinsamung einfach. Weil sie sich zu sehr abgekapselt hat. Und gar keine Pflicht. Wissen Sie, nie denken müssen: ja wenn des kommt, muß ich des gemacht haben oder irgendwie, wies in einer anderen Familie eben ist, wo man sich sagt: ja, bis der Mann heimkommt, da mußt du gekocht haben, da mußt du das haben, oder fürs Enkele richtest du das, für die Schwiegertochter das, oder irgendwie! Andere haben doch immer für irgendjemand noch zu sorgen. Und das war bei ihr nie. Sie hat im Grund genommen nur nach sich selber geguckt. Und das war der Fehler. (Pause) Wenn man keine Pflichten hat, das ist auch nichts... Und dann braucht man sich auch nicht wundern, wenn im Alter niemand da ist, der nach einem guckt, wenn sie vorher auch nie... für andere, gell? Das macht schon was aus.

B Und da kann man sich dann eben mit dem Wahn beschäftigen.

F Ja! Das ist wahr! Und dann wird das auch immer wichtiger mit der Zeit, weil je mehr sich die anderen zurückziehen, desto mehr Zeit hat man, sich immer damit zu beschäftigen. Stellen Sie sich mal vor, sie ist mittags um 5 Uhr ins Bett. Ja, da hat sie ja bestimmt noch nicht geschlafen. Über was hat sie da nachgedacht? Doch nur über ihren Kram.

Einmal abgesehen von persönlichkeitsspezifischen Verhaltensweisen, wie sie die Cousine sieht - Frau E. interessiere sich generell wenig für die Belange anderer - hat sicherlich wesentlich zur Wahnbildung beigetragen, daß die alte Frau nach dem Tod des Mannes durch nichts und niemanden in "die Pflicht" genommen war: die Einbindung in einen sozialen Kontext, den sie ihr Leben lang gewöhnt war, vor allem in der großen Herkunftsfamilie, fehlte praktisch vollständig. Zum Verlust des Mannes kam als zweite wesentliche Komponente zum ersten Mal in ihrem Leben ein totales "Loch" sozialer Kontakte zustande, aus dem sie sich offenbar nicht mehr zu befreien wußte. Es fand aufgrund der fehlenden sozialen Bezüge Realitätsverlust statt: an die Stelle der real vorhandenen Beziehungen treten phantasierte

Verbindungen zu anderen in der näheren Umgebung. Daß sich diese Beziehungen feindlich darstellen - ihr wird etwas weggenommen - ist nur verständlich, berücksichtigt man, daß Frau E. ja Erwartungen hätte, die nicht erfüllt werden, so daß sich ihre Enttäuschung in der feindlichen Vorstellung der anderen ausdrückt.

Wir haben hier die Nahtstelle zwischen Verlusterlebnis, Verlust von Beziehungen und Entstehen des Wahns, der aus den lebenslang wahrgenommenen bzw. als solche interpretierten Benachteiligungserlebnissen resultiert. Organische Grundlage, die die Uminterpretation möglich macht, ist der altersbedingte hirnarteriosklerotische Abbau.

5.4.1.2. Frau F. - Verfolgungswahn

Entgegengesetzt zu Frau E., die am Gedanken der Benachteiligung ihr Leben lang festhält, hat Frau F. die Vorstellung, etwas Besonderes zu sein, eine Persönlichkeit, die aufgrund besonderen Aussehens, besonderer Jugendlichkeit, besonderer Begabungen von anderen beneidet werden muß. Als dieses Lebenssystem durch Veränderung der äußeren Lebensumstände und des mangelnden feed-backs durch andere eigentlich nicht mehr aufrechterhalten werden kann, sichert der Wahn die Wahrnehmung der eigenen Position weiterhin ab. Die Phantasie, von besonderer Bedeutung zu sein, ist nach Meinung des Neffen und dessen Frau ein bereits über Jahrzehnte hinweg zu beobachtender Zug:

F Also ich find' bei ihr war so eine Grundeinstellung da, also ungefähr so: ich bin was Besonderes (M: ja!), von daher natürlich dann auch unheimlich gekränkt, wenn so jemand kommt wie die Lucienne und ihr Mann sich dann für diese Frau interessiert!

M Ja,ja, ja. Ja, das geht auch aus einem Briefwechsel hervor mit der Firma Blütner in Dresden, wo sie sich ihren Flügel gekauft hat. Wo da also der Geschäftsführer extra für sie so und so viel Flügel hat aufstellen lassen und dann hat sie einen Fachmann kommen lassen und der mußte die Flügel ausprobieren und hat für sie den besten ausgewählt.

B Wenigstens hat sie einen gekauft!

F Ja! (Gelächter)

M Und das hab ich auch gefunden in den Rechnungen. Sie hat ja alles aufgehoben, gell. Dadurch daß ich nachher den Flügel auch verkauft hab'! Und.... da sind mir auch die Rechnungen in die Hand gekommen, gell, und da war das dann alles auch fein säuberlich sortiert. - Also diese Schrulligkeit und Eigenartigkeit, die geht zurück in jüngste Jahre.

F Oder wenn sie uns später erzählt hat, wie das früher war, wie sie vor dem Krieg nach T. kamen, also wenn sie da am Arm ihres Mannes ging, wie die anderen sie dann schon so neidisch anguckten, das war bei ihr immer so. - Sie hat auch einmal erzählt von einem Besuch bei einem Amt, und da hätt' der gesagt: "Ja, Sie sehen ja immer noch gleich gut aus! Das sieht man Ihnen ja gar nicht an!" und äh, das hat sie immer wieder hervorgehoben, daß man ihrs gesagt hat, wie gut sie aussieht, wie attraktiv sie isch und daß sie eben was Besonderes isch. Ich glaub auch schon während ihrer Ausbildungszeit, sie war ja Gewerbelehrerin!

B Und das war sicher was Besonders für die Zeit!

M Ja,ja,ja. Die Arbeiten, die da gemacht wurden, die sind also schon einmalig!

F Die sind ja... das hab' ich Ihnen ja gesagt, die muß ja unheimlich pünktlich gewesen sein! Und dann vor allem, sie hat ja auch immer nur das Beste gekauft! Sie hat ja z.B. ganz außergewöhnliche Bettwäsche gekauft damals. Das war für damalige Zeiten unerschwinglich! Seidendamast und wunderschöne Sachen, sie hat immer nur das Beste gekauft! Und wie sie dann nach T. gezogen sind, das hat sie uns ja auch selbst erzählt, daß sie die Türen zum Balkon selber entworfen hat, weil das nicht gut genug für sie war!

M Ja,ja, genau! Das Wohnzimmermobilar ist von ihr entworfen, und das muß stimmen, nämlich da haben wir Skizzen gefunden. Ja.

F Da wollte sie.... sie wollt' glaub in jeder Beziehung immer was Besonderes.

Die Liste dessen, wo Frau F. überall "das Besondere" wollte, ließe sich sicherlich noch beträchtlich verlängern. Es soll als Beleg dessen dienen, daß Frau F. äußerst hohe Ansprüche hatte und sich dahinter ja die Einstellung befand, daß sie jemand sei, bei dem diese

Ansprüche gerechtfertigt sind - ein außergewöhnlicher und außergewöhnlich zu behandelnder Mensch. Wichtig erscheint, daß die Anspruchshaltung sich auf Beziehungsebene fortsetzte, in ihrem Kontakteverhalten gegenüber anderen. Als Offiziersfrau verkehrte sie selbstverständlich nur in bessergestellten Kreisen. Die Szene, die Frau H. schildert, wie Frau F. sich bereits 1935 von anderen ständig beobachtet und beneidet fühlte, kann als Vorläufer gelten zu ihrer später manifest werdenden psychischen Störung: der Neid der anderen hat ja durchaus eine angreifende, damit bedrohliche Komponente.

Näher auf die wechselseitige Beziehung ging die Schwester Frau Rosa S. in einem Brief an den Neffen Herrn H. ein. Dieser hatte an Frau S. geschrieben, als für Frau F. die Räumungsklage aus der alten Wohnung unabwendbar schien und er sich von Frau S. Unterstützung für die Schwester erhoffte. Herr H. gibt ein Stück des Schreibens der Schwester wider:

M Frau S. ist nervlich und gesundheitlich nicht in der Lage, Claire zu ertragen. Sie bittet mich daher, ihre Schwester nicht fallen zu lassen und mich um sie zu kümmern. Sie bedankt sich sehr für unsere Mühe usw. Sie erzählt vom ersten Besuch in den 50er Jahren, als man von B. wieder fahren konnte, da machten die beiden Schwestern überraschend Besuche. Äh... der angemeldet nie zustande gekommen wäre. Ja das war 1950!... "Bei diesem Menschen gab es immer nur Stunk und Ärger. Claire wußte alles besser, alle anderen machten alles falsch. Alle wollten nur Böses von ihr" - also schon 1950.

B Offenbar hatte sie also schon damals diese Grundhaltung: alle sind immer schon leicht feindlich ihr gegenüber (M: ja,ja!), grad wenn Sie so Szenen schildern, wie sie Ihre Frau vorhin erzählt hat....

M Also sie war sicherlich schon immer schrullig und vielleicht gleich da damit in Zusammenhang (holt weitere Briefe).... Da schreibt sie:
"Zu meinem Bedauern muß ich Ihnen mitteilen, daß die von Ihnen gefertigten Tischbeine sehr von den Stühlen abweichen. Daß es so nicht bleiben kann".. usw. Und dann ist hier unter P.S.: "Ich habe mich heute bei vollem Tageslicht nochmals davon über-

zeugt, daß für den Tisch die Politur dunkelviolett ausgefallen ist, die Beine wirken fast schwarz. Ich möchte nur wissen, wozu Sie sich von uns den Schreibtischstuhl nur ausgeliehen haben, um nun doch so abweichend zu liefern...." Also sie muß ein absoluter Pedant gewesen sein, ähnlich mein Onkel R., und wahrscheinlich haben sie sich auf die Art gefunden!

F Ja, was mir da einfällt, stellen Sie sich das vor, da müßten die Unterlagen doch auch noch da sein, sie hat vor ihrer Heirat von ihren zukünftigen Verwandten, also von ihrem Mann, von den Schwestern, von der Mutter, Handschriftenanalysen machen lassen! Also das kann man doch eigentlich nur so verstehen, daß sie sich absichern wollte, daß sie da in eine einwandfreie Familie einheiratet!

M Allerdings auch von sich selber! Sie hat ja auch von der eigenen Handschrift eine Analyse machen lassen!

Offenbar hatte Frau F. sogar zu den eigenen Schwestern ein getrübtes Verhältnis, obwohl die Schwestern - das geht aus einem lebhaften Briefwechsel hervor, den Frau F. vollständig aufgehoben hat - sich während des Krieges und in den Nachkriegsjahren sehr um Claire in Y. bemühten, wahrscheinlich verstärkt aufgrund des Wissens um ihre Verwitwung. Claire schickte offenbar sogar Geschenksendungen der Schwestern zurück, wenn ihr etwas nicht paßte, scheint die Briefe jedoch damals regelmäßig beantwortet zu haben. Warum sie anfang der 50er Jahre so hart reagierte, kann nicht mehr rekonstruiert werden; Frau S. deutet zumindest an, daß Claires Rechthaberei und ihr abfälliges Denken und Äussern über andere zu diesem mißglückten Treffen beigetragen haben müssen. - Offenbar, so kann gemutmaßt werden, hatte der Verlust des Mannes zu einer weiteren Verschärfung ihrer Wesenszüge und stärkerer Ablehnung beigetragen. Bereits in den 50er Jahren isolierte sie sich zunehmend. Sie ging zwar ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit beim DRK nach, hatte jedoch außerhalb kaum Kontakte.

Offen bleibt die Frage, ob Frau F. den Tod ihres Mannes überhaupt akzeptierte. Nach Meinung des Psychiaters, der sie Jahrzehnte später behandelte, wartete sie insgeheim immer auf seine Rückkehr: sie hatte für und durch den Mann gelebt, hatte sich durch ihn in der für sie adäquaten gesellschaftlichen Position gesehen, konnte sich folglich also eine Existenz ohne Mann nicht vorstellen. Hinweise auf eine geheime Hoffnung bestanden durchaus: noch nach dem Umzug, also fast 40 Jahre nach seinem Tod, hing seine vollständige Uniform samt Mütze ständig an der Garderobe; nach ihrem Ableben wurden beim Räumen der Wohnung sämtliche seiner Kleidungsstücke, zum Teil neue Stücke, gefunden.

Durch ihren Rückzug nach dem Krieg nahm Frau F. gesellschaftliche und soziale Veränderungen, die in der "Aufbauzeit" und später vor sich gingen, nicht wahr oder lehnte sie ab: sie vertrat weiterhin bestimmte Prinzipien, z.B. im Bereich der Pädagogik, wofür sie in den konservativen Verbänden wie dem Kriegerwitwen-Verband oder Tagungsorten Aussprachemöglichkeit fand.

Die Episode von der Reklamation von Möbeln, ebenso ihre Unternehmung vor der Heirat, von den zukünftigen Verwandten Handschriftenanalysen anfertigen zu lassen, deuten auf vorhandene zwanghafte Züge bei Frau F. hin: alles mußte seine Ordnung haben, mußte hundertprozentig ihren Erwartungen entsprechen. Konnte sie aus dem eigenen Gefühl heraus keine Sicherheit erlangen, (über ihren Mann und dessen Angehörige), mußte diese Sicherheit eben anders eingeholt werden. Sich auf das Wagnis einzulassen, eine Ehe auf ihr Empfinden hin einzugehen, war ihr offenbar nicht möglich. Das Streben nach Sicherheit, nach zwanghafter Ordnung, ist ein häufig zu beobachtender Wesenszug später an Wahn erkrankender Personen (s.2.3.3.). Die eigentliche Manifestation des Wahns findet, wie bereits erwähnt, durch die Forderung des Vermieters, sie solle die geforderte höhere Miete entweder bezahlen

oder man werde sie zur Räumung der Wohnung veranlassen, statt. Die gegen sie gestellte Räumungsklage bringt die zu diesem Zeitpunkt bereits 78jährige alte Frau in eine äußerst bedrohliche Situation:

B Wie bedrohlich hat sie denn überhaupt dies Rausklagen wahrnehmen können? Das war ja damals schon in Gange! (M: hm) Und das zog sich doch über Jahre hin! Meine Vermutung ist, daß sie das eben gar nicht als so bedrohlich hat erleben können, vom Psychischen her, und das war ja für sie Existenzbedrohend. Und daß sich das dann so verlagert hat auf das Attentat, denn es ist ja immerhin im Jahr darauf zum Prozeß gekommen bzw. zur Verhandlung! (M: und F: ja, ja)

F Bestimmt müßte sie eigentlich Angst gehabt haben, sie muß aus der Wohnung raus! Aber sie hat sich ja immer im Recht gefühlt! Sie hat sich bis zum Schluß im Recht gefühlt und hintergangen.

B Und es könnte ja sein, daß das mit der Tasche tatsächlich stattgefunden hat.

F Also das glaub ich fast auch. Sie hat mir die Tasche ja mal gezeigt, mit dem Henkel. Und daß sie der Vorfall erst auf die Idee mit dem Attentat gebracht hat.

M Sie schreibt darüber: drei Wochen lang hat sie die Straße beobachtet. Wollte herausbekommen, ob Machall einen Tarnanzug trägt. Weißer Truppenanzug. Zwei Männer beobachtet auf dem Weg zur Stadt. Einer lachte schallend, als er Tante F. sah. Er kannte sie. Eine Woche später der Polizei gemeldet. Wurde alles zu Protokoll genommen.

B Also die Bedrohung wurde überhaupt so umgemünzt: der Machall war der Maoist, der Machall hat sie überfallen...

F Die Bedrohung hat sie eigentlich in eine Person umgesetzt!

M Ach ja, da gehts weiter: zwei Wochen später große Razzia im Garten von Prof..... (liest aus dem Protokoll vor, das er von Erzählungen von Frau F. angefertigt hatte)
Also sie muß unter einem ungeheuren Druck gestanden haben, und der hat sich offenbar in ihren Attentatsgeschichten geäußert.

F Hm! Kann sein, daß sie das als Vorwand gebraucht hat!

B Haja, sie war doch klug, sie hat doch gewußt, was das bedeutet, wenn sie die Briefe gar nicht mehr aufmacht! Daß das alles auf eine Konfrontation hinausläuft.

M Das hat sie, das hat sie wohl gewußt!

F Und was auch noch sehr ausschlaggebend war: daß sie beleidigt wurde in der ganzen Umgebung praktisch, indem man sie rauswirft. Daß ihre Ehre gekränkt war! Das war ganz, ganz wichtig! Sie wollt ja immer, daß ihre Ehre wiederhergestellt wird. Durch das wollte sie ja immer die Prozesse führen! Sie wollte wieder dastehen vor der Gesellschaft als die Frau eines Offiziers, die einwandfrei ist, der man Unrecht getan hat. Das war ganz wesentlich.

Die Gefühle, die man bei Frau F. infolge der Räumungsklage bzw. bereits zuvor erwartet hätte, wären wohl Angst (ihre seit 40 Jahren innegehabte Wohnung zu verlieren), ein Gefühl von Ohnmacht (dem Hausbesitzer gegenüber, der sich herausnehmen kann, gegen sie gerichtlich vorzugehen) und auch Wut, Wut auf diejenigen, die sie als alte Dame nicht genügend achten. Da offenbar gerade diese Gefühle nicht erlebt werden dürfen[223], das hätte Konsequenzen für die Selbstwahrnehmung: Frau F. müßte realisieren, daß sie als alte Dame keinerlei Machtmittel in der Hand hat, um sich gegen den Angriff zu wehren - werden die eigenen Aggressionen umgemünzt in ein aggressives Handeln anderer: ihr wird bei Dunkelheit die Tasche entrissen, sie wird kurz ohnmächtig, was sie im Nachhinein als "Attentat" deutet. Offen bleibt dabei, ob das Ereignis "Tasche wird gestohlen im Dunkeln" nicht tatsächlich stattgefunden hat; es könnte dann der realistische Kern, das Schlüsselereignis, sein, auf dem sich der Wahn letztendlich gründen kann. - Die Bedrohung, die von dem genannten M. tatsächlich ausgeht - er ist der Erbe

---

223 s. Kuiper, P.C.: Tiefenpsychologische Betrachtungen über Wahnformung, in: Studium Generale 20 (1967) Heft 10, S.661: eine Erkenntnis bleibe dem unter Verfolgungswahn leidenden erspart: daß in ihm selbst aggressive Impulse gegenüber anderen vorhanden sind; er erspare sich außerdem das Erleben v. Ohnmacht.

des Hauses, der ihr nun Schwierigkeiten macht - wird umgemünzt dahingehend, daß er als Kopf einer Verschwörerbande gesehen wird, die Frau F. auszulöschen versucht. Frau H. interpretiert dies so, daß sie die generelle Bedrohung, den Existenzverlust, den sie in ihrem Alter befürchten mußte, in eine Person hineinlegte. - Genauso direkt in den Wahn umgesetzt wurde das Empfinden von Frau F., in der ganzen Umgebung blamiert worden zu sein, der Ehre beraubt, dadurch daß sie die Wohnung verlassen sollte. Im Wahn tauchte dieser Gedanke immer wieder in der Forderung der Wiederherstellung ihrer Ehre durch ein Gericht bzw. Tribunal auf: das sie verletzende Ereignis war hier nicht mehr der Ehrverlust durch Wohnungsräumung, sondern sie erzählte, nach dem 2. Attentat (1976, kurz vor Räumung der Wohnung) sei sie in eine Wirtschaft hineingekommen, wo nur Männer gesessen hätten; diese hätten gelacht, als sie sie gesehen hätten, und hätten davon gesprochen, daß eine Vergewaltigung stattgefunden habe. Von diesem Makel der Vergewaltigung, daß Männer zudem über sie gelacht hätten, wollte sie also in aller Form von einem Gericht befreit werden. Hier wie im Falle der Umwandlung des Angriffs in einen körperlichen übersteigt die Phantasie im Grunde den tatsächlich vorhandenen Konflikt: der Wahnkranke möchte sich mit dem Wahn vor etwas schützen, schafft sich mit der Wahnphantasie jedoch zumindest genauso unangenehme Erlebnisse.

Verbunden mit der erlebten Bedrohung durch Räumungsklage scheint hier zusätzlich eine ganz starke Abwehr der Erkenntnis eine Rolle gespielt zu haben, daß sie als alte Frau damit rechnen müßte, ins Altenheim zu kommen. D.h. sie konnte ihre bis ins 8. Lebensjahrzehnt genährte Vorstellung von ewiger Jugend eigentlich nicht mehr aufrechterhalten:

B Weitere Erklärungsmöglichkeit ist ja die: jemand verdrängt praktisch seinen Altersabbau, indem er sich so ein anderes Gedankengebäude errichtet.

F Haja, ich denk zum Beispiel wie sie gesagt hat, man hätte ihr den Arm gebrochen. Das ist schon eine Möglichkeit, sich nicht zugeben zu müssen, daß der Arm nach dem Sturz eben nicht mehr so geheilt ist wie vielleicht noch vor 20 Jahren! - Und ich erinnere mich auch, daß sie bei einem der letzten Besuche zu uns gesagt hat: ihr seid Schuld daran, daß ich nicht 120 werde! Ihr habt mir meine Jugend genommen! Da haben wir doch zu ihr gesagt, sie soll zu einem Arzt, wegen der Zähne oder wegen der Augen oder wegen irgend so etwas, und da hat sie gesagt, der Arzt hätt' zu ihr gesagt, sie hätte 120 Jahre werden können.

B Und das ist ja auch bequem, daß man nicht bei sich die Schuld sucht, sondern bei jemand anderem!

F Bei jemand anders, ja, ja.

M Grundsätzlich, grundsätzlich!... Sie war immer im Recht!

F Also ich hab' mir ja auch überlegt, wie der Krebs dann überhaupt noch so spät entstanden ist, ob das hat sein müssen, ob da nicht viel ihre psychische Verfassung dran Schuld war... sie hat einfach nicht mehr wollen, sie hat dann aufgegeben.

M Trotzdem, diese Energie, die sie aufgebracht hat!

Frau F. scheint bereits in den Jahren der Verschärfung des Konfliktes um die alte Wohnung - ob nun dadurch forciert oder nicht - körperliche Versagenserlebnisse in den Wahn eingeordnet zu haben; dies gestattete ein Umgehen des unbequemen Gedankens, sich mit Abbau und Tod auseinandersetzen zu müssen. Vieles deutet auf einen Zusammenhang hin, auch das von Frau H. im Gesprächsausschnitt geschilderte Aufbegehren Frau F.'s: für ihr Älterwerden machte sie andere verantwortlich, sie selbst blieb weiterhin mit ihren Vorstellungen von gesunder Ernährung, asketischer Lebensweise etc. im Recht. Es konnte tatsächlich beobachtet werden, daß sie sämtliche Alterserscheinungen, die sie an sich wahrnahm, ummünzte: die Augen seien absichtlich schlecht gemacht worden, damit sie in der Beantwortung der Erpresserbriefe gehandicapt wäre; die Zähne seien beim Sturz beim letzten Attentat

locker geworden, etc. Ihre lebenslang genährte Vorstellung von Jugendlichkeit kann zwar nicht mehr aufrecht erhalten werden, aber die Schuld trifft andere.

Bestimmte, als überspitzt anzunehmende Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen bei Frau F. - ihr "übersteigertes Geltungsbedürfnis", ihre Vorstellung, etwas Besonderes zu sein, dazu eine Überkontrolliertheit und Zwanghaftigkeit in praktisch allen Lebensbereichen - bilden das Plafond für die in späteren Jahren langsam voranschreitende Distanzierung und letztendlich Isolierung von anderen, wobei offenbar schon zu einem frühen Zeitpunkt "die anderen", mögliche Sozialpartner, als bedrohlich bzw. unterschwellig feindlich erlebt werden. Die Ehe mit Richard F. wird für Claire die Erfüllung und Bestätigung ihrer Vorstellungen, obwohl tatsächlich er gar nicht so erfolgreich ist - jedoch er promoviert, sie kommt als Gattin eines Offiziers nach Y. Der Verlust dieses Mannes nach 16 Jahren Ehe muß bei ihr bereits starke Ängste um die eigene personelle, soziale und sexuelle Identität ausgelöst haben; dies auch abzulesen daran, daß sie sich in Aufgaben hineinsteigert, die alle mit dem Berufsstand des Mannes zu tun haben[224] - die Möglichkeit der Aufrechterhaltung einer Verbindung, eines gedanklichen Kontaktes zu ihm. Gleichzeitig geht ihr die Beziehung zu dem, was andere Bundesbürger in den 50er/ 60er Jahren interessiert, immer mehr verloren. Die Ende der 60er Jahre beginnenden Auseinandersetzungen um die Wohnung, die 1978 in der Räumungsklage gipfeln, setzen endgültig den Prozeß der Wahnbildung in Gang und aktivieren die längst vorhandenen, jedoch

---

[224] Parkes, C., a.a.O., berichtet von Identifikationsphänomenen bei hinterbliebenen Partnern als pathogene depressive Reaktion, s. S.203

bisher brachliegenden Vorstellungen: das Erleben der anderen als bedrohlich bestätigt sich, kann jedoch nur konvertiert im Wahn erlebt werden, gleichzeitig damit ihre eigenen starken Aggressionen. Der Wahn überspielt die eigentlich gegebene Situation, in der sie sich als alternde, hilflose, bedeutungslose Frau hätte sehen müssen. - Die Möglichkeit, ihr den Wahn zu nehmen, erscheint nachträglich aufgrund der Starrheit ihres Lebenssinn-Gebäudes unmöglich.

5.4.2. Beraterische Interventionen

Das durch den Wahn gestörte und minimierte Kontakteverhalten muß bei der Beratung zentrale Position einnehmen. Ob und inwieweit möglich ist, alte Beziehungen wiederaufzunehmen oder neue herzustellen, entscheidet nicht zuletzt die Zeitspanne, die die Störung bereits manifest ist. Bei beiden vorgestellten Beratungen lagen ungünstige Prognosen vor, da die Störung schon sehr lange (mindestens seit 10 Jahren) augenscheinlich war. Da der Wahn im Grunde die gewünschten Beziehungen herstellt, die in Realität aufgrund des veränderten Erlebens der anderen nicht eingegangen werden können, sind beraterische Interventionen äusserst schwierig: jeder Kontakt kann plötzlich "umkippen" - auch der Kontakt zwischen Klient und Berater -, der anfangs erwünschte Besucher oder freudig begrüßte Verwandte wird zum Kontrahenten. Die Motivierung anderer, die Beziehung zum wahngestörten Älteren (wieder) aufzunehmen, ist ebenfalls schwierig: ihnen muß unterbreitet werden, daß sie Gefahr laufen, beschuldigt zu werden. Zudem ist die Beziehung vom Austausch her häufig einseitig: der Klient beansprucht in egozentrischer Manier den aktiven Part im Gespräch und duldet keine Einwände gegen seine immer wieder vorgetragenen Anklagen.

Hierzu Frau G.:

F Also ich würd' auch sagen, in der S.-Straße hing es auch mit den Vermietern zusammen. Das hat sich bestimmt auch verschlechtert durch diese Vermieter...

B Ja, das glaub ich auch. - Ein anderer Punkt: Denken Sie, daß der Rückzug von den anderen Bekannten auch dadurch gekommen ist, daß sie jeden beschuldigte?

F Ja, ja... Ja, ja! Ich kenn einige, die haben gesagt, nachher hab' ich dann auch noch was gestohlen, da geh' ich nicht mehr hin. Ich wär' auch nicht hingegangen mit einer Handtasche. Ich bin nüber mit dem Schlüssel halt in der Hand.

B Daß sie nicht hat sagen können...

F (unterbricht) Deshalb hatte sie ja auch Vatrauen zu mir, weil ich.. es war halt günstig, weil ich direkt nebenan gewohnt hab. Ich bin aber auch in die W.-straße raus, nur mit dem Schlüssel! Ich mein, wenn man weiß, daß ein Mensch so veranlagt ist, dann nimmt man eben erst gar nichts mit...

Die Bekannten zogen sich von Frau E. zurück, weil sie nicht in Verdacht geraten wollten, gestohlen zu haben. Frau G. hatte günstigere Voraussetzungen, da sie damals ein Haus weiter wohnte und klug genug war, Verdachtsmomente so weit wie möglich von vornherein auszuschalten. - Frau G. bestätigt die Vermutung der Beraterin, daß durch das Zusammenspiel zwischen Vermieterehepaar und Frau E. die Wahnideen und Ängste zusätzlich genährt wurden (s.u.). - Auf der einen Seite half der Kontakt zu Frau G. der Klientin sicherlich über einiges hinweg, auf der anderenSeite brachte die Nähe der Wohnungen für Frau G., die einen ständig bettlägrigen Mann zu versorgen hatte, zusätzliche Belastungen mit sich:

B Ich denk halt, was war denn beim Elektro-B. schon so schlimm, daß sie dann hat so schlimm anfangen müssen? Irgendwann hat sie sich ja offenbar dann auch aus dem Altenclub zurückgezogen?

F Äh... was war denn da? (Pause) Da kam doch das mit der Gürtelrose.

B Ja? Hat sie die da schon gehabt? Ja, hat sie sich geniert, oder was?

F Vielleicht. Denn sie hatte ja da auch so Pickel. Eigentlich gehabt hat sie sie ja hinten, aber dann hatte sie eben hier auch den Ausschlag... und ab da hat sie sich zurückgezogen.

B Da hat sie sich geniert wahrscheinlich.

F Und wir haben dann immer gesagt, das hat sie bestimmt von ihren Katzen, denn sie hat in der ganzen Nachbarschaft die Katzen da gefüttert, und dann natürlich die Katzen auch immer ans Gesicht hin...

B Denn ich hab' mich gewundert. Ich wußte, sie ging ein paar Jahre fleißig in den Club, und man hat mir auch erzählt, daß sie dort mitgeholfen hat, daß sie schon anstellig war! Und warum hört sie dann damit auf? Denn das sind ja schon wichtige Kontakte, die sie da hatte, warum bricht sie die dann auf einmal ab?

F Das kam sicher daher! Und ab da ist es dann immer schlimmer geworden! Von da ab ist es dann schlimmer geworden! Und dann kam sie eben da auch immer angelaufen! Ich weiß noch, einmal kam gerade der Arzt, und dann sag' ich, ach Herr Doktor, jetzt bin ich grad froh, daß Sie kommen! Daß Sie mich da erlösen! Hab' ich zu ihm gesagt, das belastet mich auch grad! Da sagt er: manche Alten nimmts schon schwer. Da war ich schon froh, daß die Unterhaltung abgebrochen wurde! Denn da wär' ich auch an den Rand gekommen!

B Haja, wenn sie jeden Tag gekommen ist, und das oft mehrfach, das ist sicher belastend.

F Ha! Ja, gell!.... Das ist schon... schon eine böse Sache. Und da wars ganz schlimm.

Zusätzlich zu den geschilderten Schwierigkeiten mit dem Vermieterehepaar, das jünger und vitaler als Frau E. war und die sie daher beneidete bzw. beschuldigte, scheint eine Gürtelrose Frau E. andere Kontaktmöglichkeiten, die sie bis dahin wahrgenommen hatte, unmöglich gemacht zu haben. Offenbar schämte sie sich ihrer äußerlichen Verunzierung so sehr, daß sie sich aus Altenclub und Hausfrauenbund zurückzog. Es erfolgte automatisch eine Konzentration des Kontaktes auf Frau G., die sie schon seit ihrer Mädchenzeit kennt und vor der sie sich wahrscheinlich nicht so sehr geniert. Infolge der verminderten Kontakte tritt eine

Verstärkung der Symptomatik auf. - Für diesen Punkt in der Geschichte Frau E.'s, der ja nicht erst den Beginn der Wahnideen darstellt, kann ein Zusammenhang zwischen reduziertem Kontakteniveau und verstärktem Auftreten verschwundener Gegenstände (mit Erregungszuständen bei Frau E.) konstatiert werden.

Für Frau G. stellen Frau E.'s Besuche eine starke Belastung dar. Sie möchte die Freundin zwar nicht zurückstoßen, fühlt sich aber durch den pflegebedürftigen Mann und die nervigen Besuche überfordert, zudem Frau E. andere Kontakte nicht mehr hatte und sich ganz auf die direkte Nachbarschaft konzentrierte. Einige Jahre später, zu Zeiten der Beratung, nimmt sie auf Anstoß der Beraterin hin wieder Kontakt auf:

F Von allein wär ich wohl nicht wieder hingegangen. Wissen Sie, erst mein Mann so lang krank und jetzt wie er gestorben war, war ich auch erst mal völlig fertig. Ich bin ja schier seit Jahren zu keinem Arzt mehr gekommen, obwohl ich hier die Verdickung am Hals hab und Dr... schon seit Jahren sagt, das müßte man vielleicht operieren! Und da hab ich von der Fanny immer mal wieder von anderen gehört, was sich da so in der S.-straße abspielt, und ich muß sagen, das hat mich ziemlich abgestoßen. Sie muß sich dort ja toll aufgeführt haben...

B Naja, so schlimm war es auch wieder nicht. Aber hier jetzt, als sie dann eigentlich wieder so dicht bei Ihnen gewohnt hat, was hat sie da abgehalten... Wissen Sie, ich dachte halt auch, vielleicht würden Sie ganz gern hingehen, wo Sie jetzt doch viel allein sind.

F Ja... wie soll ich sagen... ich glaub ich hatte Angst, ich würde ihr sagen, Du, der S. ist jetzt gestorben, und sie würde gar nicht darauf eingehen... oder sie würde mir vom W. erzählen, und der ist doch schon seit 20 Jahren tot! Das hätt ich nicht ertragen! Daß sie dauernd von ihrem Zeugs da erzählt und ich sitz da und muß mir das in der Situation wieder anhören.

B Aber es ging doch dann ganz gut?

F Ja, ich muß sagen, ich war ganz erstaunt, daß sie so auf mich eingehen konnte! Und dann hat es halt fürchterlich gestunken in der Wohnung, das hat mich schon sehr gestört. Und ich muß sagen, ich

war dann schon schockiert, wie verkommen sie aussah! Ich hab sie ja früher schon gekannt! Immer adrett, immer gut gekleidet! Da, ja ich war schon entsetzt, daß sie so gar keinen Wert darauf legt. Aber ich hab mir doch vorgenommen, auch wenn es jetzt schon sehr weit ist dahin, ich muß mit dem Bus umsteigen, sie im X...Heim dann mal zu besuchen.

Ein Kontakt ist wieder angebahnt, eine Beziehung läßt sich wohl nicht mehr herstellen. Zu stark sind die Voreingenommenheiten, die durch Klatsch im Stadtteil entstanden sind. Tatsächlich macht Frau E. gegen Ende ihrer Wohnzeit im Altenwohnzentrum einen außerordentlich verlotterten Eindruck, geht oft schon am Nachmittag ins Bett. Auslöser für die weitere Verschlechterung ist der Tod ihres Katers, den sie 15 Jahre lang gehalten hatte. Nun ganz allein in der Wohnung, ohne Verpflichtungen, gibt sie sich auf. Die Verwirrtheit nimmt noch ausgeprägtere Formen an, sie spricht von Selbstmord.

Am ehesten wieder aufzugreifen sind die Kontakte zu Verwandten. Hier kann auf ein Moment der Verpflichtung dem Älteren gegenüber abgehoben werden[225]. Zudem kennen Verwandte den Älteren aus besseren Zeiten; sie sehen in ihm nicht nur den verwirrten, häufig aggressiven Alten, sondern sehen ihn vor dem Hintergrund der ihnen bekannten, in Ausschnitten angenehmen Biographie[226]. Gerade zum Verwandten hin ist andererseits die Beziehung häufig am stärksten besetzt: er hat hohe Erwartungen, was die Verwandten für ihn tun sollten, und kann daher sehr leicht enttäuscht werden.

---

225 s. 3.2.

226 Hummel postuliert, daß ganzheitliche Altenarbeit heißt, im betroffenen alten Menschen immer auch das Subjekt zu sehen; der Mensch erscheint als Figur auf dem Hintergrund seiner subjektiven Lebens- und der objektiven Zeitgeschichte; s. Hummel, K., Öffnet die Altersheime!, Weinheim und Basel 1982, S.12

Ein Ausschnitt aus dem Interview mit Cousine Frau I.:

F Also sie hat irgendwie nach dem Tod vom Wilhelm abgeschaltet. ....(Pause).. Und wissen Sie, solange sie den Wilhelm gehabt hat, ist sie auch nicht gekommen! Es sei denn, man hat sie mal eingeladen! Gell, wenn irgendwas mal war! Da hat man sie schon eingeladen!

B Und wie war dann später der Kontakt, nach dem Tod von ihm?

F Ja, da hatten wir überhaupt keinen Kontakt... Wissen Sie, ich hab' mich auch gewundert. Sie war doch so lang allein! Sie hätt so viel Zeit gehabt, einmal zu dem oder zu jenem zu gehen! Wie auch zur Frau E. Sie hätt' doch auch mal sagen können, Klärle, ich komm morgen mittag zu Dir.- kann ich Dir was helfen? ..Nichts, nichts, nichts.

B Und wann haben Sie sie wieder getroffen?

F Ja, das war dann erst in der S.-straße, da kam sie dann ab und zu zu meiner Mutter.

B Erst da wieder? Da liegen ja mehr als 15 Jahre dazwischen!

F Ja! Ja, da dazwischen hat man sie nicht gesehen. Und sie hat später auch nie was erzählt, wissen Sie! .... Da kam sie dann auf einmal wieder an. ... Ha, und da hat sie dann immer neue Geschichten gehabt. Zum Beispiel die mit den Hüten! Der Hausbesitzer hätte ihr Hüte genommen! Da hab' ich gesagt, Fanny! Überleg' Dir das doch einmal, was tut auch der Mann mit Hüten, des isch doch unmöglich! Dann sagt sie, ja der hat auch Töchter. - Na hab' ich gesagt, die werdet gleich in Deinen alten Hüten rumlaufen! Des isch doch Einbildung! Des isch doch unmöglich, hab' ich gesagt, überleg' Dir das doch einmal!

B Ja, da gab's dann ja auch die Geschichte mit den Hüfthaltern, hat sie Ihnen die auch erzählt?

F Ja, wo sie hat hängen sehen, ja (brummt)... Unmöglich.... Und deshalb ist sie dann auch mit meiner Mutter nicht klargekommen, weil meine Mutter zu ihr gesagt hat, das bildest Du Dir ein, stehlen tut Dir kein Mensch etwas. (B: hm) Gell!

B Das war wohl bei allen so. Sowie man Kontra gegeben hat, wars halt aus. Ich denk auch, es war wohl nicht ganz der richtige Weg, ihr so strikt zu sagen, das ist alles Einbildung.

F Ja, wir habens halt auch nicht besser gewußt! Es ging einem halt schon auf die Nerven, immer diese Geschichten!... Ja. Dann wars aus. Und dann hat

sie sich wochenlang nicht mehr sehen lassen gell! Wissen Sie, irgendwie... wenn man mal gesagt hat, das kann nicht sein, oder das stimmt nicht, dann hat sie sich gleich nicht mehr sehen lassen.

B Und wieso riss der Kontakt dann wieder ganz ab?

F Ja, das war eigentlich, weil sie Sachen bei uns ausgelagert hat. Und dann hat sie scheints ganz rasch vergessen, was alles sie bei uns untergebracht hat, und hat dann behauptet, wir hätten ihr gestohlen. Ich hab' ihr das Sach mehrmals gezeigt und hab' gesagt, Fanny, guck doch, es ist doch alles da! Aber irgendwie hat sie es nicht registriert. ..... Und dann bin ich erst mal wieder hin mit dem Rolf, als sie in der Sieb-straße war, als Sie bei mir angerufen haben! .... Und da bin ich dann schon sehr erschrocken, wie es da bei ihr aussah! Irgendwie hat man sich doch geekelt, vor dem Dreck, und wie sie selbst rumlief... sonst wär ich sicher auch öfter hin... Des war ja kein Vergleich zu jetzt, jetzt geht man ja wieder richtig gern hin, so proper isch es jetzt bei ihr. Das hat mein Mann neulich auch gesagt.... (folgt Erzählung über Besuch im Altenheim)

Frau E. wendet sich wieder ihren Verwandten zu, als ihre Situation sich bereits massiv verschlechtert hat und sie nur noch wenige tragfähige Bekanntschaften hat. Mit ihren ständigen Bestehlungsgeschichten ist sie Tante und Cousine lästig, v.a. weil man sehr wohl vermerkt hat, daß sie sich in guten Zeiten nicht hat blicken lassen. Die Verschlechterung der wiederaufgenommenen Verbindung tritt außerdem ein, weil die Verwandten auf Erzählungen reagieren wie alle anderen Bekannten: das kann doch gar nicht sein, das bildest du dir bloß ein, etc. Es wird appelliert an ihre intellektuelle Einsicht in die Unwahrscheinlichkeit der Vorkommnisse, anstatt ihr zu verstehen zu geben, daß sie sich in einer Welt sehr unwohl fühlen muß, in der sie von anderen eigentlich nur noch Feindliches, Bedrohliches erwarten kann[227]. Die Überschätzung des Wahngestörten kommt sehr leicht zustande, da er sich in allen anderen

---

[227] s. Radebold u.a. 1981, S.235

Lebensbereichen als funktionstüchtig zeigt. Frau E. machte wahrscheinlich zu jenem Zeitpunkt nur periodisch den Eindruck eines verwirrten, hilfsbedürftigen Menschen.

Als im Altenwohnzentrum (ihrer letzten selbständigen Wohnung) sich die Lage zuspitzt, wendet sie sich wiederum an die Verwandten und verlangt, daß sie sie in die Wohnung aufnehmen. Da das immer wieder vorgetragene Anliegen abschlägig beschieden wird, setzt erneut eine Verschlechterung der Beziehung ein. Aufgefrischt wird der Kontakt durch die Beraterin anläßlich des Umzugs ins Altenheim. Da Frau E. sich äußerlich und von der psychischen Verfassung her im Altenheim verbessert hat, fällt den Verwandten die Aufrechterhaltung der Beziehung leichter.

Ohne die immer wieder einsetzende Motivierung, so kann gemutmaßt werden, wäre der Kontakt zu den Verwandten aufgrund der Auseinandersetzungen abgebrochen worden. Von Seiten der Beratung wurden die Verwandten als "Notbremse" in Zeiten totaler Kontaktlosigkeit von Frau E. eingesetzt. So wurde ein noch stärkeres Einschwenken auf den Wahn oder Auffälligwerden mit Gefahr einer Zwangseinweisung (die aufgrund der starken Beobachtung durch andere in der letzten Wohnung akut war) verhindert. In der letzten Wohnung wurden zudem Besucher eingesetzt, die weitere regelmäßige Kontakte garantierten.

Frau E. hat bereits in den 60er Jahren ihre Kontakte rigoros eingeschränkt. Begründet hat sie dies später der Beraterin gegenüber damit, daß es so wenig Leute gegeben habe, mit denen man sich habe unterhalten können. Selbst nahe Verwandte wies sie ab. Nach Berichten des Neffen lebte sie über Jahre völlig zurückgezogen in einer verhängten, unbeheizten Wohnung, erschien jedoch in untadeligem Habitus in der Öffentlichkeit.

Hierzu der Neffe Herr H. und seine Frau

F Sie wollte für sich allein sein. Ich kann mich erinnern, daß sie bei jedem Besuch, den ihre Schwestern ihr abstatten sollten, Angst gehabt oder praktisch sich drücken wollte. Sie wollte das nie. Und deshalb haben die auch sich immer angemeldet. Die waren auch mal bei ihr, und am zweiten Morgen gab es schon so einen Krach, daß sie wieder abgereist sind.

B Das muß doch in den 60er Jahren gewesen sein? Es gab doch einen letzten Besuch, wo's Krach gab?

M Ja. Ja, den Krach gab es komischerweise aufgrund von irgendwelchen Ernährungszwistigkeiten. Sie sagte, ihr ernährt euch falsch, ihr seid aus dem und dem Grund krank, ihr müßt das so machen, und hat ihre, ihre Ernährungsweise, ja, in den Vordergrund gestellt, und das war die richtige! Und das ist eine Einstellung, ich weiß nicht wodurch sie die gewonnen hat, aber die geht weit, weit zurück.

F Und hat ihr Mann da eigentlich mitgemacht? Vermutlich schon, gell!

M Vermutlich wird er mitgemacht haben... um seine Ruhe zu haben!

F Also ich kann mich erinnern, beim Tod meiner Schwiegermutter - wann war des? Ich muß mal geschwind überlegen. 1964 ist meine Schwiegermutter gestorben. Und da gings mit ihr ja noch ganz gut. Da kam sie ja noch zur Beerdigung. Und ich kann mich erinnern, daß ich mich mit ihr sogar recht gut unterhalten hab'. Und da kam sie auch noch sehr gepflegt.

M Obwohl sie sich auch da schon in Y. offenbar sehr abgekapselt hat, gell. Denn sie hatte immer nur ganz wenige erlesene Bekanntschaften. Es kam ja nieman in die Wohnung rein! Sie hatte da so zwei ältere Leute, wie so Hausbedienstete, das waren die einzigen, die in die Wohnung reinkamen.

F Das war sogar so, daß sie ihren Schwiegervater, der von S. kam, vor der Tür stehen ließ! Und darauf haben die ja mit ihr gebrochen. Das hat er sich ja nimmer gefallen lassen!

M Äh,... wir wissen ja, daß als sie in der H.-straße wohnte, sie kein Radio hatte. Ich habe nirgends etwas über Radiogebühren gefunden. Aber sie müssen während des Krieges einen Volksempfänger gehabt haben, nämlich da gibts eine Rechnung darüber.

F Ich glaub sogar, der ist doch auf einem Bild mit drauf. Nämlich auf diesem Foto, wo die drei auf der Veranda sitzen.

M Ja. Ja, das kann sein. Also ein Radio muß dagewesen sein, aber wahrscheinlich nach dem Tod daß das Radio kaputt ging, eben nach dem Tod des Mannes kein neues mehr. Und dann hat sie sich völlig abgeblockt, abgekapselt. - (sucht rum) Also hier ist der Berechtigungsschein für ein Radio! Von 1939. Also haben sie ein Radio gehabt.

F Ja, aber das ist jetzt nicht wichtig. Da hast Du jetzt... mein Mann kommt jetzt ins Schwärmen und schweift ab.

M Nein, warum.... warum hat sie später kein Radio mehr gehabt? Man kann also nicht sagen, die haben ihr Leben lang kein Radio gehabt! Die haben schon eins gehabt! Aber warum hat sie später keins mehr unterhalten? Das ist doch seltsam! Das wäre doch eine Möglichkeit zur Unterhaltung für sie gewesen, als sie dann allein war!

F Oh, das wollte ich dann ja später unbedingt, ihr ein Radio besorgen....

Bei Frau F. ist - anders als bei Frau E. - eine aktive Komponente im Rückzug vorhanden: die Bekannten ziehen sich ursprünglich nicht wegen Verdächtigungen oder Phantasien zurück, sondern sie selbst selegiert so stark, daß nur sehr wenige Bezugspersonen Bestand haben. Der Wahn, der sie als psychotisch ausweist, wird erst sehr viel später nach außen hin sichtbar. Sogar vor ihren nächsten Verwandten verschließt sie sich. Es könnte sogar unterstellt werden, daß der Krach mit den Schwestern Frau F. nicht ungelegen kam. Nicht mehr zu rekonstruieren ist, wie unglücklich die Frau eventuell darüber war, niemanden an sich herankommen lassen zu können, distanziert von anderen und vom öffentlichen Geschehen zu leben. Die Überlegung des Neffen, ob sie wohl nach dem Kriege noch ein Radio unterhalten hat, knüpft an diese Beziehungslosigkeit an: dies wäre eine Möglichkeit gewesen, am sozialen und politischen Geschehen teilzuhaben. Die Abmeldung des Radios könnte ebenfalls als aktiver Schritt zur Distanzierung gewertet werden.

Die relative Isolierung über Jahrzehnte hinweg, der Ersatz von Kontakten durch phantasierte - wenn auch aggressive - Beziehungen macht das Aufgreifen alter

Verbindungen während der beraterischen Betreuung schwierig. Dennoch gelingt es überraschend in zwei Fällen: der Kontakt zu einer früheren Bekannten wird auf Initiative der Beraterin schriftlich wiederhergestellt, wird zu einem regelmäßigen Besuch bei Frau F. bis zu deren Ableben. Offenbar wird die Bekannte, wenn sie anwesend ist, akzeptiert, auch wenn Frau F. sie in Abwesenheit als zum "Komplott" oder zur "Stadtaktion" gehörig bezeichnet. - Der Neffe mit Frau wurden kurz vor der erfolgreichen Räumungsklage gegen Frau F. vom damals behandelnden Psychiater ins Bild gesetzt. Der Kontakt brach nach dem Umzug ab, da Frau F. sich auch von Ehepaar H. hintergangen fühlte und nicht mehr die Tür öffnete, wurde dann wieder durch die Beraterin angekurbelt:

M Über den Dr. M. haben wir doch die ganze Sache erfahren! Der hat ja unsere Adresse herausbekommen!

F Und der hat mal eines Sonntags morgens angerufen, das weiß ich noch genau....

M (unterbricht) abends wars.

F Und da sind wir dann gleich hingefahren.

M Den Dr. M. wollt sie dann ja schon nicht mehr haben, als wir sie da zum ersten Mal besucht haben.

F Da hat sie ja dann schon gesagt, er hätt' ihr Tabletten gegeben,.....

M Was ja auch gestimmt hat! Er hat sie ja eine Weile lang behandelt! Nur war sie ja sehr mißtrauisch schon immer!, Medikamenten gegenüber, und bei ihm hat sie offenbar bereits befürchtet, man wolle sie irgendwie vergiften.

M Das muß gewesen sein... Dez. '77.

B Und dann kam erst der Umzug?

M Der kam... wann ist sie gestorben? 1980... der kam Februar '78. Februar '78 mußte sie raus, ja. Und der Pfarrer kam dann... er gratulierte ihr in Vertretung... ja, ja, der kam und dann saß sie mit gebrochenem Arm.

B Und wie kam der Bürgermeister da rein? Hat das auch Dr. M.?.....

F Nein, nein, der war schon eingeschaltet.

M Wir haben uns ja dann überall bemüht sie unterzubringen. Hier hab ich ein Schreiben vom Wohnstift Augustinum, da hast Du Dich bemüht....

F Haja, ich hab' ja auch hier Verhandlungen geführt. Wir haben ja auch hier ein sehr gutes Heim, das H.-Rehm-Heim (erzählt von Bemühungen um einen Heimplatz).

M Ja, und in der Wohnung hat sich dann ja der Pfarrer um sie gekümmert, fast ein Jahr lang. Er und seine Frau haben ja dann sogar eine Zeitlang für sie gekocht, als sie das dann mit der Hand hatte.

F Ja, und das ist was, das liegt mir immer noch am Herzen: ich hätte mich so gerne einmal bei diesen beiden älteren Leuten (sie meint in der alten Wohnung) und auch beim Pfarrer irgendwie bedankt...

M Ah, der hat mir mal so eine dumme Antwort gegeben. (F: ja, ja,!) "Wir brauchen uns doch nicht gegenseitig zu beweihräuchern!" Wo ich ihm gedankt hab'.

B Und dann war da noch der Anwalt, der sie vertreten hat?

M Jaja, M., das war ihr Anwalt.

F Das waren ja dann die Briefe, die da stapelweise bei ihr rumlagen und die sie dann gar nimmer aufgemacht hat. Und durch das wär' ja dann die Räumungsklage....

M (unterbricht) Sie hat ja dann dem M. mißtraut und dann hab' ich ihr in S. einen Anwalt besorgt, dem hat sie dann nachher auch mißtraut, und ... ach Gott...

F Man hat alles probiert, was wir alles probiert haben! Das ist nicht zu fassen. Aber sie wollte das ja dann alles nicht mehr. ... Den Umzug hat sie einfach nicht mehr verkraftet. Das war mir auch klar.. Das hat mir ja mal der Bürgermeister gesagt: er möchte nicht Schuld sein, wenn ihr 'mal was passiert.

B Ja, ja. Aber man weiß ja nicht, was passiert wär, wenn sie jetzt ins Altenheim wär.

F Ja, aber.. ich weiß gar nicht, das hätt' man doch gar nicht fertiggebracht! Das wär eine Zwangseinweisung gewesen! Und da hätt' man sie aber erst mal entmündigen müssen! Da hat man ja auch dran gedacht! Ich glaub- erst entmündigen, oder wie nennt man das, wenn ein Vormund... (B: doch, doch). Und das hätten wir nicht gemacht. Also das hätt' ich nicht fertiggebracht. Und ich glaub, ach es war der Pfarrer, der hat uns mal drum gebeten, und da haben wir gesagt, nein, das machen wir nicht. Das hätt' ich nicht verantworten wollen. Also man hat wirklich probiert sie in ein Altenheim zu bringen, und wer

weiß wie's dann da weitergegangen wär. Und da hätten sie sie dann wahrscheinlich eingesperrt, wenn sie so laut gewesen wär'...

B Das wär' halt dann noch mal ein Attentat gewesen. Und das hätt' sie nicht überstanden.

F Das hätt' sie nicht überstanden, glaub ich auch nicht.

B Was mich aber jetzt noch einmal interessieren würd': warum war denn dann der Kontakt in der neuen Wohnung für einige Zeit unterbrochen? Zu der Zeit als ich anfing, eigentlich ja das ganze Jahr '79?

M Ja, ich denke im Nachhinein, es war ihr doch zu viel, was wir an ihren Sachen rumgemacht haben...

F (unterbricht) obwohl, während dem Umzug, da war sie eigentlich recht aktiv, hat auch viel erzählt, über die Sachen, die wir gerade geräumt haben oder so...

M Ja, aber dann in der Wohnung, da wurde sie irgendwann mißtrauisch. Ich habe doch immer die ganzen Briefe und die Akten für sie gerichtet, und da hab' ich mir schon manchmal gedacht, ob ihr das nicht jetzt was ausmacht.

F Wissen Sie noch (an die Beraterin gewandt), Sie haben mir doch einmal gesagt, sie habe über mich gesagt, ich würde immer so viel reden. Das hab' ich doch nur gemacht, um sie abzulenken. Damit mein Mann in der Zeit in Ruhe hat die Briefe und alles durchgucken können!

M Und da ist sie dann irgendwie mißtrauisch geworden. Einmal waren wir ja auch zu viert da, noch der andere Neffe und seine Frau, und da das nächste Mal hat sie mich dann gar nicht hineingelassen. Wir haben es dann noch einmal zu zweit probiert, an einem Sonntag, und haben es dann sein gelassen. Daraufhin habe ich mich dann wegen Informationen an den Pfarrer gewandt... Aber wie gesagt, er war ja auch ein bißchen seltsam...

F Dann haben wir ja überhaupt erst über Sie erfahren, daß der Pfarrer so schnell weg ist!

Viele Personen haben sich um Frau F. bemüht: der Psychiater, der Rechtsanwalt, die Verwandten, ja sogar der Bürgermeister - was sie sicherlich nur als angebracht empfand, da es ihren besonderen Status bestätigte. Aber alle die Kontakte konnten nicht ersetzen, was sie eigentlich wollte und brauchte: sitzenbleiben zu dürfen in der alten Wohnung, in der sie mit ihrem Mann

noch einige Jahre verbracht hatte. Der Umzug in einen ihr fremden Stadtteil stellt für sie eine fundamentale Verunsicherung dar und wird ihrem Begehren nach Korrektur der Räumungsklage nicht gerecht. Die aufkommenden Verdächtigungen gegen den Neffen und Frau werden so verständlich: er hat den Umzug bewerkstelligt, er hat an ihren Sachen und Möbeln manipuliert, wer weiß, ob er so unschuldig ist. Die eigentlich gute Absicht des Ehepaares verkehrt sich ins Gegenteil.

Die Bemühungen, trotz aller Hindernisse eventuell einen Altenheimplatz zu finden, scheitern daran, daß Frau F., als sie übergangsweise während des Umzugs einige Nächte in einem Heim verbringen muß, die Nächte lang laut spricht und schreit, so daß sie von der Heimleitung als untragbar bezeichnet wird. Das hält das Ehepaar letztendlich davon ab, ernsthaft weiterhin nach einem angemessenen Heimplatz Ausschau zu halten.

Aus den Überlegungen, die das Ehepaar während des Interviews anstellt, ist ersichtlich, wie schwierig es damals erschien, das Richtige zu tun. Das Ehepaar war sich wohl bewußt, wie heikel die Angelegenheit wegen Frau F.'s psychischer Verfassung war, konnte sich aber zu härterem Eingreifen nicht durchringen. Das wird später auch das Problem in der Beratung: gerade weil Frau F. so sensibel auf andere reagierte, bemühte sich auch die Beraterin, ein offenes, von Verdachtsmomenten freies Verhältnis zu erhalten. Die Unterbringung in einer psychiatrischen Privatklinik wurde zwar erwogen, scheiterte aber an den Schwierigkeiten der Durchführung: sie wäre tatsächlich zu einer Zwangseinweisung geraten. Eine Mobilisierung der anderen Verwandten gelingt nicht. Als sich die Situation im Mietshaus zuspitzt und Frau F.'s psychophysisches Gesamtbefinden außerordentlich schlecht wird, setzt sich die Beraterin

mit einem weiteren Neffen und mit einer der Schwestern von Frau F. in Verbindung. Der Neffe lehnt jede Unternehmung und Verantwortung seinerseits ab. Die über 80jährige Schwester schreibt, daß es ihr selbst gesundheitlich nicht gut gehe. Hier ein Ausschnitt aus ihrem Brief, der Einblick gestattet in das Verhältnis der Schwestern untereinander:

> "..... Ich weiß, daß es schwer ist, Kontakt zu ihr zu finden bzw., zu erhalten. - Von jeher hatte sie ein übersteigertes Geltungsbedürfnis, das sehr oft zu Schwierigkeiten und Konflikten führte. Mit 24 Jahren hat sie sich von der Familie gelöst und eine Stellung als Gewerbelehrerin in D. angenommen; und da sie nach ihrer Heirat auch nie mehr in B. lebte, hatten wir nur brieflichen und sehr selten persönlichen Kontakt. - Seit vielen Jahren werden nun von ihr meine Briefe überhaupt nicht mehr beantwortet, so daß im Laufe der Zeit eine völlige Entfremdung entstanden ist und ich meinerseits auch gar keinen Einfluß auf sie ausüben kann. - Dies alles ist sehr bedauerlich, und man kann eigentlich nur den weiteren Verlauf der Dinge abwarten".

Die Schwester bestätigt die von der Beraterin angenommene persönlichkeitsspezifische Komponente - der starke Drang, von anderen als ganz besondere Erscheinung gewürdigt werden zu wollen -, die sie für die Vorkriegszeit beschreiben kann und die im Alter ihre Fortsetzung in dem Wahn findet, andere wollten sie verfolgen und ermorden.

Auch von Verwandtenseite ist also die Bereitschaft zur Intervention eingeschränkt. Die Haltung der ebenfalls sehr alten Schwester ist sicherlich zu verstehen. Dennoch ergibt sich für die Beraterin letztendlich die Sichtweise: der unbequeme verwirrte Verwandte wird abgeschoben, wird, da ja vorhanden, einer professionellen Hilfe überlassen. Man wartet dann nur noch den weiteren Verlauf der Dinge ab....

In beiden Beratungen - man müßte hier im weiteren Sinn von Betreuungen sprechen - waren außer der Kontaktherstellung und -erhaltung sehr viel Interventionen bei

Behörden, Rechtsanwälten, Mietervereinen etc. notwendig. Die beiden alten Frauen waren dazu selbst nicht mehr in der Lage, trauten aber den Verwandten nicht mehr so weit über den Weg, daß diese die anfallenden Geschäfte hätten erledigen dürfen. Auf der anderen Seite erschien angeraten, diese Kontakte weiterhin aufrechtzuerhalten, da Geschäftsfähigkeit unter Beweis gestellt werden mußte: Auffälligkeit nach außen sollte vermieden werden, da bei beiden zu mehreren Zeitpunkten die Gefahr einer Zwangseinweisung durchaus bestand. Insofern sind die Interventionen weniger als weiterführend denn als defensiv einzuschätzen: Rechtsstreitigkeiten mußten abgebogen oder beigelegt, der Besuch des Amtsarztes verhindert, Zwangsräumungen aufgeschoben werden.

Bei beiden Frauen war eindeutig, daß der Wahn nicht mehr zu beseitigen sein würde. Ziel war daher, die sozialen Auswirkungen so weit in den Griff zu bekommen, daß ein Leben außerhalb der Psychiatrie möglich war. Für Frau F. kam die Hilfe zu spät: sie verfiel körperlich innerhalb weniger Wochen und verstarb auf dem Weg ins Krankenhaus, nachdem die Beraterin sich verzweifelt bemüht hatte, sie zu einem Arztbesuch oder einer "Kur" zu bewegen. Mit Hilfe der Polizei wurde die Wohnung aufgebrochen und Frau F. sterbend vorgefunden. Durch die Obduktion konnte nachträglich ein für ihr Alter außerordentlich schnell gewachsenes Karzinom als Todesursache festgemacht werden. Offen bleibt, ob die Entstehung des Krebses nicht durch die Lebensbefindlichkeit stark gefördert worden war, durch die Unmöglichkeit, die Frau F. unwürdig erscheinende Lebenssituation und ihre ungeheure Aggression gegen die Welt anders als im Wahn und nächtelangem Schreien in der Wohnung loszuwerden.

Für Frau E. konnte die Beratung zu einem positiveren Abschluß gebracht werden. Als sie in ihrer kleinen

Wohnung psychisch und physisch sichtlich verfiel und Nachbarn sehr aktiv einen Besuch des Amtsarztes betrieben, konnte überraschenderweise in sehr kurzer Zeit ein Platz in einem Altenheim gefunden werden. Trotz einiger Anfangsschwierigkeiten im Heim - man wollte sie als "Pflegefall" abstempeln, da sie inkontinent sei - hat sich Frau E.'s Befindlichkeit gebessert. Es kann von Monat zu Monat mitverfolgt werden, wie die Bestehlungsphantasien zugunsten der Wahrnehmung des eigenen Altersabbaus aufgegeben werden können. Kein Besuch der Beraterin oder der Cousine, der nicht im Gespräch eine Weile damit zugebracht wird, daß über die nachlassende Sehfähigkeit oder die von Frau E. jetzt bemerkte Merkfähigkeit gesprochen wird, wobei Frau E. das Thema anschneidet.

5.4.3. Diskussion

Beide Frauen haben sich vermittels des Wahns ihr Lebenskonzept bewahrt. Zwar sind die "Leitsätze" entgegengesetzt, jedoch verlieren sie bei beiden nicht ihre prägende Wirkung bis ins Alter, ja scheinen geradezu durch die Zuspitzung der Lebenssituation an Bedeutung zu gewinnen. Die von Kuiper so formulierte Frage - Wieso kommt es, daß ein Irrtum nicht korrigiert werden kann?[228] - verweist zum einen auf die biographische Komponente, die nur noch bruchstückhaft zu rekonstruieren ist; dies wurde in 5.4.1. versucht. Zum anderen verweist sie auf die Bedeutung, die der Wahn hat und die Frage, was passieren würde, wenn der alte Mensch sein Gedankengebäude aufgeben müßte: Lebensgeschichte müßte in ihrer erlebten und erlittenen Sinnhaftigkeit revidiert werden, die aktuelle Existenz als bedrohlich und dürftig, mit dem Schrecken

---

228 s. Kuiper, P.C., Tiefenpsychologische Betrachtungen über Wahnformung, in: Studium Generale 20 (1967), S.665

des fortschreitenden Abbaus, erkannt werden. Der Alte erwirbt sich mit dem Wahn ein Stützkorsett, das ihn die realen existenziellen Gefahren, die er allein zu vergegenwärtigen hätte, zugunsten phantasierter Bedrohungen, die ihm jedoch eine gewissen Wichtigkeit zubilligen, vergessen läßt.

Die fehlende "Krankheitseinsicht" machte die Arbeit mit den beiden alten Frauen ausnehmend schwierig. Der Wahn brachte die mit ihnen umgehenden Personen in die Situation, letztendlich handlungsunfäig zu sein, wollte man ihre Befindlichkeit nicht rapide verschlechtern. Interventionen, z.B. der Versuch einer zeitweisen stationär-psychiatrischen Unterbringung, hätten die mühsam aufrechterhaltene Sicherheit in der eigenen Wohnung zusammenstürzen lassen und wahrscheinlich zur vollständigen Dekompensation geführt. Im Falle Frau E. gelang es wenigstens, aufgrund des Entgegenkommens eines privat niedergelassenen Psychiaters, sie zuhause mit Psychopharmaka zu behandeln. Der Erfolg der Therapie erscheint nachträglich zweifelhaft, da Frau E. keinerlei Besserung der Symptomatik zeigte - verbessernd schienen eher die Besuche zu wirken, die sie anläßlich der wöchentlichen Spritze erhielt. Auch stationäre Unterbringung wäre ein Versuch mit unsicherem Ausgang gewesen: es ist fraglich, ob über eine vorübergehende Besserung hinaus, wenn überhaupt, ein therapeutischer Effekt hätte erreicht werden können, vor allem ob der therapeutische Erfolg die anfangs todsicher stattfindende Verschlechterung überwogen hätte.

Intervention bei alten wahngestörten Menschen zeigt exemplarisch die Mühsal der Betreuung in manchen Fällen: "Erfolg" bedeutete hier schon, denselben Zustand für eine Weile zu erhalten. Das flexible Konzept, das im Notfall eben auch mehrere Hausbesuche pro Woche vorsieht, erwies sich bei Frau E. als stützend genug, um den Absprung ins Altenheim zu schaffen. "Alltags-

nähe" war hier unabdingbar, führte jedoch fast zwangsläufig zu starker Involiertheit seitens der Beraterin. Es ist die Frage, ob professionelle Bestimmung und notwendige Haltung von Seiten des Beraters unbedingt sein muß, länger als alle anderen "durchzuhalten". Dies war in beiden Fällen nur möglich durch permanente Begleitung in Supervision. Frau E. wurde zu einer Langzeitberatung: sie wurde ungefähr drei Jahre lang, über zwei Umzüge hinweg, begleitet. In diesen Jahren entstand zwischen Klientin und Beraterin eine Beziehung, in der gegenseitig aneinander Anteil genommen wurde. Im Altenheim konnte die Beziehung gelockert werden, da sich andere Kontakte anbahnten. Die Beziehung löst sich jetzt ganz langsam durch den starken Abbau bei Frau E., durch den sie Bekannte zeitweise nicht mehr wiedererkennt, auf. Einige weitere Besuchskontakte, die während der Beratung wieder angeregt wurden, bestehen weiterhin, so daß Frau E. ganz gut versorgt erscheint. (Ein Pfleger: "Sie haben ja mehr Besuch als der Bundeskanzler!")

Frau E. könnte als Bestätigung der in der Literatur zu findenden Meinung gelten, daß durch Kontaktverbesserung ein Verschwinden der Symptomatik möglich ist[229]. Betont werden muß, daß es hier sicherlich nicht um eine quantitative Aufbesserung von Kontakten geht, sondern um die Art von Beziehungen, das Gefühl von Sicherheit, das dem Älteren in bezug auf seinen Lebensradius vermittelt werden kann.

Im Falle Frau F. reichten auch mehrere Besuche pro Woche, die Mobilisierung eines Einkaufsdienstes - der ja auch mit Kontakten verbunden ist - und der erwähnten Bezugspersonen nicht aus. Es stellt sich im Nachhinein die Frage, ob der Zeitpunkt für beraterisches Eingrei-

---

[229] s. Grond, E., a.a.O., S.128f.

fen nicht bereits überschritten war. Sicherlich liegen hier persönlichkeitsspezifische Momente - daß Frau F. tatsächlich eine sehr interessante alte Dame mit Geist und außergewöhnlicher Biographie war -, die Grund dafür waren, daß die Beraterin, ähnlich wie zuvor andere erwähnte Kontaktpersonen, sie nicht im Stich lassen wollte. Weder "Lösung" noch Besserung stand zu erwarten, sondern die Frage nach der mehr oder minder tragischen Wende. Mit dem Rückzug auf körperlicher Erkrankung hatte allerdings niemand gerechnet.

Bei beiden alten Frauen lassen sich Verschränkungen zwischen den Wahnphantasien und dem feed-back durch die Umgebung konstatieren. Die Reaktionen der Umgebung auf den Wahn sind stigmatisierend und zerstörerisch, bilden die Bestätigung der phantasierten Befürchtungen und treiben den Wahn voran. Eine offenere Haltung der Nachbarschaft hätte zumindest den Wahn nicht verstärkt. Selbst bei zwei Hausbesuchen pro Woche konnte von Beratungsseite die "Interaktion" zwischen Klientin und Nachbarschaft (die sich z.B. in Beschimpfungen vor der Wohnungstür oder Drohungen mit dem Gericht äußerten) nicht unterbrochen werden. Die Ängste vor psychischer Erkrankung und die Tendenz der Ausgrenzung des Betroffenen traten hier klar zutage.

Trotz sehr verschiedener Lebensläufe - die eine Frau aus gutbürgerlichen Verhältnissen und ungewöhnlichen Lebensabschnitten, die andere eine kleine Angestellte, die bis auf wenige Urlaubsreisen Y. ihr Leben lang nicht verlassen hat - mündet für beide vorgestellte Klientinnen der Lebensweg in die psychische Störung und damit die totale Unterwanderung der sozialen - lebensnotwendigen - Beziehungen. Als gemeinsame Determinanten konnten herausgestellt werden: die frühe Verwitwung, Kinderlosigkeit, daraus folgend Einsamkeit im Alter (nicht zwingend daraus folgend, wohl aber für

die beiden Frauen, für die die Ehe äußerst wichtig war) sowie das Aufrechterhalten einer früh gefundenen Idee, das Festhalten an "Sinnkontinuität", die die isolierte Situation und das Alternserlebnis erträglich machte.

6. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit der Darstellung und Analyse von Beratungsgesprächen mit älteren Menschen. Die Abgrenzung des Altersbegriffes wurde ausgeklammert, da Auseinandersetzungen und Konflikte mit Fragen, die mit dem Vorgang des Älterwerdens verbunden sind, nicht an das kalendarische Alter gebunden sind. Die Jahrespalette der vorgestellten Klienten reicht von 50 bis hin zu 84 Jahren. Ziel der Untersuchung war, Besonderheiten der Beratung Älterer nachzugehen bzw. die Frage zu diskutieren, ob und in welchen Dimensionen sie sich von der Beratung Jüngerer - z.B. im Rahmen von Ehe-, Lebens- und Familienberatungsstellen - unterscheidet. Als richtungweisend für eine relativ offene interpretative Gesprächsanalyse wurden zentrale Fragestellungen aufgeworfen. Grundlage der Untersuchung waren Transskripte aus vier Beratungen sowie Interviews mit Bezugspersonen zweier weiterer Klientinnen, deren Beratungsstunden aufgrund der Symptomatik nicht auf Tonband aufgezeichnet werden konnten. Allerdings erscheinen nach Bearbeitung des Beratungsmaterials generalisierende Aussagen schwierig. Wie die widergegebenen Gespräche deutlich werden lassen, ist jede Beratung von biographischen Faktoren, der aktuellen Lebenssituation im Alter, der Problemstellung in der Beratung und der sich konstituierenden Beratungsbeziehung singulär.

1. Anhand des vorgelegten Materials konnte die Notwendigkeit methodischer Flexibilität belegt und die Gültigkeit des Konzeptes "psychosoziale Beratung" bestätigt werden. Interventionen in den verschiedensten Bereichen waren notwendig, um den Konflikten der Älteren adäquat zu begegnen. Sie reichten von Sprechübungen in Ersatz einer logotherapeutischen Behandlung (Frau A.) über Kontakte zu Bezugspersonen der Klienten (z.B. bei Frau E. und Frau F.) hin zur Eheberatung in Vierer-

Konstellation im häuslichen Rahmen (Ehepaar D.). Innerhalb der Interaktionssituation "Beratungsstunde" dominieren gesprächstherapeutische und verhaltenstherapeutische Elemente, durchsetzt von gelegentlichen aktionalen Techniken (Rollenspiel, Collagen). Damit werden zwei Schienen gefahren: zum einen wird die emotionale Lage des Älteren angesprochen, er zur Aussprache angeregt, und ihm das Gefühl vermittelt, auch mit der Störung als "Person" akzeptiert zu sein; die verhaltenstherapeutischen Elemente geben klare Richtlinien für die gemeinsamen Stunden oder auch für die Spanne zwischen den Beratungen vor (Frau A., Frau B.), was angesichts der diffusen Vorstellungen von Beratung beim älteren Klienten zumindest anfangs sinnvoll erscheint.

In der Beratung Frau A. wird von der Beraterin stark auf die Atmosphäre im Heim Einfluß genommen und werden positive Aktivitätsmöglichkeiten für die Klientin (wieder) eröffnet. Auf die Einstellung der Ordensschwestern, die sich Frau A. gegenüber verschlechtert hatte, kann positiv eingewirkt werden. Vermutlich hätte nur die Bearbeitung der aggressiven, gegen sie stimmungmachenden Verhaltensweisen mit Frau A. nicht den gewünschten Erfolg gebracht. - Die Interventionen bei den Beratungen Frau E./ Frau F. sind auf andere Weise stark umfeldorientiert. Wie beschrieben werden konnte, muß vorwiegend defensiv, gegen die Einflüsse maßgeblicher Größen (Vermieter/ Wohnungsbaugesellschaft/ Rechtsanwälte etc) an, gearbeitet werden. "Veränderung" findet insofern statt, als Einweisung und damit rasche Dekompensation vermieden werden können.

Trotz der notwendigen Aktivitäten von Seiten der Beraterinnen wird Eigenaktivität der Klienten nicht unterbunden, sondern, so weit möglich, gefördert. Der Klient wird durch die Energie des Betreuers nicht "erschlagen", sondern wird unterstützt, so weit es notwendig

erscheint, hat daneben jedoch genügend Spielraum für eigene Ausdehnungsbestrebungen. Dies muß betont werden bei Beratungen, in denen das sehr enge Verhältnis zu Abhängigkeiten und damit zur Passivität führen könnte.

Das Gewicht liegt jedoch bei allen Beratungen auf der Auseinandersetzung mit dem Klienten. Die Ehepaarberatungen sind auf die direkte Beratungssituation beschränkt und initiieren von hier aus Veränderung in den Beziehungen. Im Falle Frau B. scheitern eigentlich dringliche familiäre Auseinandersetzungen an der Weigerung aller Beteiligten, sich auf prekäre, unterschwellig vorhandene Themen wie Abhängigkeit, Verpflichtung, Aggression einzulassen. Die Beratung gewinnt dadurch nicht die Reichweite, die sie inklusive familientherapeutischer Arbeit hätte erreichen können.

2. Bei über der Hälfte der angeführten Klientenkontakte fand die Beratung beim Klienten zuhause statt. Ehepaar D. ist durch die Erkrankung des Mannes ans Haus gebunden; ohne Hausbesuche hätte das Ehepaar auf Klärung der Beziehungskonflikte durch beraterische Fremdhilfe verzichten müssen. - Für Frau B., die in einem kleineren Ort lebt, verhinderte der Weg in die Stadt die Beratung und verstärkte die Abhängigkeit von den Kindern, die u.a. Gegenstand der Beratung war. Allerdings kann angenommen werden, daß die Beratung noch positiver hätte verlaufen können, wenn Frau B. sich der Mühe der selbständigen Anreise unterzogen hätte und damit in einem ersten Schritt gegen die - von ihr selbst beklagte - Inaktivität angegangen wäre. Appelle sind hier allerdings fehl am Platz, da Antriebsschwäche eines der zentralen Merkmale der Depression darstellt. Der Besuch des Beraters ist die Bestätigung ihres über Jahre unterhaltenen Systems: "Ich bin depressiv, darum muß man sich um mich kümmern" ihr selbst

und ihren Kindern gegenüber. - Bei den wahngestörten alten Frauen ist ein Kontakt nur zuhause, im vertrauten und schützenden Rahmen, möglich. Auch hier muß sich die Beraterin auf das System einlassen: "Wenn ich das Haus verlasse, dann wird meine Wohnung ausgeräumt/ dann werde ich an der nächsten Hausecke hinterrücks überfallen", was Beratung überhaupt möglich macht.

Für die vorliegenden Beratungen kann der Zusammenhang hergestellt werden, daß sie dann am besten verlaufen, wenn die Ausgangsaktivität der Klienten hoch ist. Frau A. und Ehepaar C. kommen von sich aus zur Stelle und suchen sie weiterhin zu den wöchentlichen Sitzungen auf. Das aktive Zugehen auf Beratung setzt Energie frei, stärkt das Selbstbewußtsein dem Berater gegenüber und fördert das Erleben des Beratungsprozesses als selbst-mitbestimmt. - Die Betonung der Vorteile der Beratung in der Stelle soll vom vorgestellten lebensfeldorientierten Ansatz nicht wegführen. Wie aufgezeigt werden konnte, sind bei Interventionen zuhause gute Fortschritte zu erreichen. Herausgestellt wurde auch bereits, daß für viele Ältere Beratung nur möglich wird, wenn der Berater ins Haus kommt. Zudem kam in den Beratungen E. und F., auch bei Ehepaar D., der Kontakt zur Stelle nicht durch die Betroffenen selbst zustande, sondern durch Drittpersonen, so daß Motivation zur Beratung nicht vorausgesetzt werden konnte. Jedoch kann aus den vorgestellten Konstellationen der Schluß gezogen werden, daß eine stimmige Verknüpfung - so lange wie nötig beim Klienten zuhause, so bald wie möglich Wechsel in die Stelle - die günstigere Ausgangsbasis für Veränderung darstellt. Die Ablösung der Reflexion über die eigenen Verhältnisse vom Alltagsgeschehen (s.3.2.1.) scheint den Beratungsprozeß positiv zu fördern. - Auch bei den Beratungen A. und C. zieht sich der Berater ja nicht auf die Stelle zurück, sondern interveniert "vor Ort", erlebt die wichtigen Bezugspersonen in Aktion und bezieht sich in

Beratung auf die gegebenen Verhältnisse.

3. Die Örtlichkeit des Beratungsgeschehens kann somit für die vorliegenden Beratungen als eine Determinante für Einstellungs- und Verhaltensänderung angegeben werden. Eine weitere, die mit dem aktiven Zugang in Zusammenhang steht, ist die Motivation der Betroffenen, an den Verhältnissen etwas ändern zu wollen. - Bei beiden Ehepaaren ist die starke Bereitschaft zur Verbesserung der Beziehung durchspürbar. Da der Entschluß, zu zweit in Beratung zu gehen, in einem schwierigeren Entscheidungsprozeß als bei einer Einzelberatung zustande kommt und wohl immer wieder überprüft und besprochen wird, was die Beratung einbringt, wird mehr Interesse dahinter gesetzt, von den einzelnen Stunden profitieren zu können. - In Ausschnitten kann in den Paarberatungen "aufdeckend" gearbeitet werden. Von intellektuellen und emotionalen Verarbeitungsmodi der Personen her erscheint möglich, Episoden aus der Ehegeschichte, die als "Beweis" für Unstimmigkeiten oder Fehlverhalten vorgebracht werden, in der Beratung kritisch zu beleuchten und zu hinterfragen. Im Falle C. kann dies stärker betrieben werden als bei Ehepaar D.: die vitaleren sozialen Möglichkeiten für das Paar, vorhandene Gemeinsamkeiten und Vorhaben lassen die kritische Rückschau zu. Bei Ehepaar D., dessen aktuelle Situation eingeschränkt ist und wenig Hoffnung auf positive Entwicklung zuläßt, werden von den Beratern Anspielungen auf frühere Eheschwierigkeiten nur selten aufgegriffen (in nicht widergegebenen Passagen der Beratung); der Schwerpunkt liegt auf Schlichtung der gegebenen schwierigen Situation und Bereitstellen von "coping behaviour". Bedingt wird die Akzentuierung auch durch Herrn D., der immer wieder Ansätze macht, die Beratung für sich aufzukündigen und auf diese Weise die restliche Beratungsgruppe unter Druck setzt.

In den Einzelberatungen scheint die Beziehung zum Berater bzw. zur Beraterin eine stärkere Rolle zu spielen. Im Falle Frau B. kann geschlossen werden, daß ihr die wöchentlichen Besuche des Beraters wichtig sind, die Beziehung, die sie damit gewinnt und derer sie sich versichern möchte. Die Motivation zur Veränderung ihrer Befindlichkeit scheint dadurch gelegentlich "wegzurutschen". Trotz ihrer immer wieder evident werdenden Unflexibilität ergeben sich erstaunlich viele Veränderungen in den beschriebenen "kleinen Dingen", in alltagsorientierten Einstellungen und Bereithalten eines Tätigkeitenrepertoires. Insofern stehen Frau B. auch nach Beendigung der Beratung Modelle für angenehme Kontakte mit ihren Kindern und Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung. Da die Störung ihr über Jahre - im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes - Kontakte garantiert hat, kann vermutet werden, daß sie an den Beziehungsverhältnissen im Grunde nichts ändern möchte, so schwierig das Verhältnis zu den am Ort lebenden Töchtern zeitweise auch sein mag.

In allen vorgestellten Einzelberatungen wird vorwiegend an der aktuellen Lebenssituation angesetzt. Die gegenwärtigen Konflikte sind so stark - zum Teil existenziell gefährdend (Frau E.,/ Frau F.) -, daß sie dringend angegangen werden müssen. Vor allem bei den alten wahngestörten Damen kann von Krisenintervention über längere Zeit hinweg gesprochen werden. Sowohl von der intellektuellen Aufnahmefähigkeit (Frau A.) wie von anderen, außerhalb der Beratungsbeziehung tragfähigen Kontakten scheint Beratung im aufdeckenden, lebensgeschichtliche Momente aufarbeitenden Sinn zu weitgreifend. Die äußere soziale Situation mit ihren Konflikten und Isolierungen steht im Vordergrund.

Die Faktoren, die als determinierend für Verhaltensänderung herausgestellt wurden, fallen auf als nicht direkt mit dem Alter der Klienten in Zusammenhang

stehend. Örtlichkeit des Beratungsgeschehens, Bereitschaft zur Veränderung spielen bei der Beratung Jüngerer eine ebenso wesentliche Rolle. Als entscheidender erweisen sich die psychosozialen Gegebenheiten, bei denen die Altersvariable in den Vordergrund rückt: körperliche Veränderungen müssen als irreversibel akzeptiert werden; Ausweichmöglichkeiten im sozialen Umfeld sind in vielen Fällen nicht vorhanden, personelle Konstellationen und damit Reaktionen auf eine Krise sind eingefahren und müssen hingenommen werden. Die Einschätzung der genannten Faktoren durch den Berater bestimmt maßgeblich mit, wie weit "aufdeckend" in der Beratung vorgegangen wird. Verkürzungen werden vorgenommen auf dem Hintergrund der Abschätzung der Verarbeitungsmöglichkeiten durch den Klienten. - "Alter" spielt somit mittelbar eine Rolle, als es psychophysische und soziale Faktoren subsumiert. Diese sind ein Stück weit der Beurteilung des Beraters anheimgegeben. Die sozialen Vorurteile, Vorerfahrungen und Einstellungen dem Alter gegenüber von Seiten des Beraters werden an dieser Stelle wesentlich.

4. Die Frage nach dem Erfolg von Beratung muß sich an den Zielen orientieren, die für die jeweilige Beratung gesteckt worden waren. Danach beurteilt kann die Beratung Frau A. als optimal abgeschlossen betrachtet werden, da hier von der Beraterin relativ rasch das Verlassen des Altenheimes als ausgeschlossen eingeschätzt wurde und Frau A. zwar nach selbständigen Bereichen Ausschau hielt, sich das für sie aber nicht am Wohnen im Heim festmachte. Für Ehepaar C. können wesentliche Punkte der Auseinandersetzung geklärt und Strategien an die Hand gegeben werden, so daß die Beratung als gelungen gelten kann. - Bei allen anderen Beratungen mußte im Verlauf des Kontaktes das zu Erreichende relativiert werden. Da die Lebenssituation der Klienten

bereits starke Einschränkungen und Abhängigkeiten aufweist, können schwerwiegende Fakten nur gelindert, aber nicht beseitigt werden. Die Krankheit von Herrn D. z.B. schafft Unzufriedenheit und spitzt die Stimmungslage beim Ehepaar zu. Es kann an der Krankheit nichts mehr geändert werden, wohl aber an den Interaktionsmechanismen des Ehepaares. Die Lösung erscheint nicht zufriedenstellend, da abzusehen ist, daß bei einer auftretenden Verschlechterung neue Konflikte auftreten werden. Zwar besucht Frau D. für eine Zeitlang nach Abschluß der Eheberatung für sich allein die Beratungsstelle, jedoch kann sie allein nicht genügend für die kommenden Belastungen gerüstet werden. - Auch bei Frau E. kann von "Besserung" gesprochen werden, obwohl ihre Wahnvorstellungen nicht vollständig abklingen werden und ihr die Zwangsräumung aus einer Wohnung nicht erspart werden konnte. Es kann Einweisung verhindert werden, eine "normale" Alterskarriere wird ermöglicht, was sich auf die psychische Störung günstig auswirkt.

Aus sechs Beratungen können keine generalisierenden Aussagen abgeleitet werden. Wohl aber kann aus dem vorgestellten Material, das alterstypische Lebenssituationen widergibt, geschlossen werden, daß die "Lösung" eines Problems eher die Ausnahme sein dürfte. Einer der wichtigsten Gründe ist das späte Aufsuchen einer Stelle, das die Beratung zur Krisenintervention werden läßt. Bei Frau F. kann faktisch nur noch abwehrend gegen die Angriffe der Umgebung an (die Bestätigung ihres Wahns!) gearbeitet werden; Einweisung kann verhindert werden, die Frau F. nicht mehr hätte verarbeiten können. Hier hätte nur eine tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie (am besten direkt nach Ableben des Mannes) Abhilfe schaffen können. Ebenso wie bei Frau B. und Frau E. spielt hier die sehr spät einsetzende beraterische Intervention eine

Rolle und macht eine Lösung des Problems unmöglich.

5. Die konstituierten Beratungsbeziehungen erscheinen im Überblick auf emotionaler Ebene äußerst unterschiedlich. Ein stark stützendes Verhältnis mit großer Vertraulichkeit stellt sich in den Beratungen A. und E. her. Von beiden Frauen wird auf eigene Art versucht, dies der Beraterin mitzuteilen.

Frau A. möchte die Beraterin nach einigen Stunden gerne duzen, was ihr gestattet wird. Sicherlich kommt diese Stufe von Vertraulichkeit im Rahmen "normaler" Beratungsstellen nicht häufig vor, da die Distanz bei einer Büro-Beratung gewahrt bleibt und außerdem aus prinzipiellen Erwägungen Abstand zwischen Klient und Berater gewahrt bleiben soll. Im Rahmen des vorgestellten Konzeptes werden bewußt derartige Grenzziehungen nicht vorgenommen. Frau A. nennt die Beraterin beim Vornamen und nimmt sie auch ein paarmal am Schluß einer Stunde in den Arm. Dennoch oder gerade deswegen scheint der gute Fortschritt in der Beratung zustandezukommen. Frau A. weiß mit Sicherheit, wohin sie sich wenden kann, wenn sie Probleme hat (s. Szene 6, S. 106f.). Die Beratung hat für sie in ausreichendem Maße stützende Funktion, um mit dieser Sicherheit im Rücken neue Aktivitäten aufbauen zu können. Das Modell einer gut laufenden Interaktion macht der Klientin Mut, dies auch außerhalb wieder zu versuchen. Da sie erlebt hat, daß sie auch mit ihrem Sprachfehler und anderen Behinderungen Gesprächspartner sein kann, hat sie weniger Hemmungen auf andere zuzugehen und kann dies vor allem auf unaggressive, gekonnte Weise tun, Mechanismen, die zu durchblicken sie in Beratung gelernt hat. Die Aussicht auf Beziehungen außerhalb macht die Ablösung von der Beraterin leichter.

Frau E. versucht auf andere Weise, die Beraterin näher an sich heranzuziehen, obwohl sowieso häufig mehr als ein Besuch wöchentlich erfolgen muß, um den Briefverkehr mit Rechtsanwälten, Vermieter und Ämtern wegen der anstehenden Zwangsräumung zu bewältigen und um Frau E. in der Krise zu stabilisieren: sie "vergißt" z.B. ganz gerne, woher die Beraterin kommt und macht sie für sich damit zu einem privaten Besuch. Später, in der Altenwohnsiedlung, als es ihr leider wieder schlechter geht, wird ihr angeboten, bei der Beraterin zuhause anzurufen, wenn sie sich sehr elend fühlt. Sie nutzt diese Möglichkeit öfters. Die Beziehung wird bis ins Altenheim fortgesetzt. Es wird nicht versucht, den Bruch herbeizuführen. Die "lebenslange" Beratung kann im Heim durch dort entstehende Kontakte langsam gelockert werden. - Erstaunlich bei beiden alten Damen mit Wahnstörungen ist, daß sie die Beraterin nicht verdächtigen.Vermutet werden kann, daß in dieser starken selbstgewählten Isolation, in der sich die Frauen befinden, es existenziell notwendig wird, irgend einer Person vertrauen zu können.

In den Beratungen B, C und D bleibt das Verhältnis eher auf professioneller Ebene. In den Ehepaarberatungen ergibt sich Distanz durch die Konstellation: das Paar steht einem oder auch zwei Beratern gegenüber. Zwar ist das Beratungsgeschehen sehr intensiv, der Schwerpunkt liegt jedoch mehr auf der Dynamik der Gesamt-Gruppe. Beziehungswünsche können an den Partner gerichtet werden. Möglichkeiten der Kollusion sind zwar vorhanden, werden jedoch, wohl aufgrund des Alters der Berater, nicht ausgespielt. Berater bzw. Beraterin werden auf der Ebene der "Sachautorität" anerkannt, zu der man sich eines begrenzten Konfliktes wegen begibt. - Die Beratung Frau B. ist durch ein klares setting umrissen: es finden wöchentliche Besuche von ungefähr einer Stunde Länge statt, dies erst

einmal begrenzt auf zehn Wochen. Der Rahmen hat Auswirkungen auf die Beziehung: Herzlichkeit ist vorhanden, jedoch auch Distanz spürbar. Der Berater grenzt sich ab in bezug auf sein Selbstverständnis und das, was Frau B. von ihm erwarten kann. Die Beratung verläuft intensiv und problembezogen. Frau B. begibt sich in fast kindlicher Manier in die Obhut des Beraters, stellt sich in den ersten Stunden als schwach und unterstützungsbedürftig dar. Die "Aufgaben", die sie von Stunde zu Stunde aufbekommt und die sie tatsächlich "gut" oder "schlecht" ausführen kann, verstärken diese Rolle. Das Ende der Beziehung erscheint erstaunlich unemotional. Erklärt werden kann das dadurch, daß Frau B. die Kinder am Ort hat, sie somit auf den Berater nicht angewiesen ist. Auch die Klinikerfahrung, wo sie immer wieder stattfindenden Wechsel und Abbruch von Beziehungen kennengelernt hatte, kann bei ihren Erwartungen an den Berater eine Rolle spielen.

In keiner der dokumentierten Beratungskonstellationen gab es Schwierigkeiten wegen der (relativen) Jugendlichkeit des Beraters. Nur Ehepaar C. und Frau A. sind an der Schwelle zur Elterngeneration; die anderen vorgestellten Klienten sind im Alter der Großelterngeneration, was erfahrungsgemäß die unkompliziertere Konstellation ist; die alten Leute haben nicht mehr so starke Leistungsansprüche an sich selbst und können andere, auch Jüngere, leichter akzeptieren. Das vorliegende Material scheint die Annahme, daß die Beratungsbeziehung jüngerer Berater - älterer Klient, sofern es sich um einen Klienten der Großelterngeneration handelt, unkompliziert ist, zu bestätigen (s. 4.2.1.).

6. In keiner der Beratungen scheitert die Beziehung an einem Sprach- oder Verständigungsproblem, obwohl Schwierigkeiten durchaus abzusehen waren. - Bei Frau A.

steht Sprachfähigkeit, die geübt bzw. wiedererlernt werden muß, zu Beginn im Vordergrund. Sprachliche Reduktion auf seiten der Beraterin ist notwendig. Es wird daher auf nonverbale Methoden zurückgegriffen, die über das gemeinsame Tun hinaus Bedeutung haben. Gesprächsgegenstand sind später konkrete Ereignisse, die bereits vorgefallen sind oder Frau A. zum Zeitpunkt der Beratung beschäftigen. Schwieriger wird die Verständigung dann, wenn versucht wird, mit der Klientin über Verhalten zu reflektieren (s. z.B. Szene 3, "Eigenschaften"). Die Grenzen der Beratung scheinen erreicht zu sein, sobald vom konkreten Tun und Alltag der Klientin abgegangen wird. Auf der anderen Seite ist erstaunlich, wie gut Frau A. auf das Thema "Beziehung finden" eingehen kann: zwar sprachlich verkürzt, jedoch inhaltlich mit eigenen Vorstellungen und Reflektionen (s. Szene 6). Nicht geringgeschätzt werden darf, daß in der Beratung A. vieles nicht verbal manifest wird, sondern über die Beziehung zwischen den Beratungspartnern läuft.

In der Beratung gibt es Punkte, an denen das intellektuelle Auffassungsvermögen der alten Frau hinter dem Sprachgebrauch des Beraters zurückbleibt. Beispiel dafür ist die Szene 3, in der über Möglichkeiten der Veränderung am Stimmungsbild der Depression gesprochen wird. Erst der anschauliche Vergleich mit einem Muskel, der trainiert werden kann, läßt Frau B. begreifen, was der Berater meint. Als sie selbst den Zusammenhang nochmals herstellen soll, greift sie auf eine Episode ihres Alltags zurück - ein Hinweis darauf, wie sie selbst abstrakte Sachverhalte erfassen kann. Es wäre denkbar, daß Frau B. auch an einigen anderen Stellen, an denen sie vorgibt, sie habe es begriffen, nicht unbedingt hat folgen können. Es ist von beiden Seiten das Bemühen spürbar, dem anderen verständlich machen zu wollen, was man meint; es wird nach Bildern oder

Formulierungen gesucht, um einen Sachverhalt nochmals anders zu benennen.

Das gemeinsame Bemühen um Annäherung und Verständigung scheint den Beratungsprozeß zu fördern. Sich inhaltlich, über die sehr verschiedenen Erfahrungswelten und Lebenshintergründe, ins Einvernehmen zu setzen, macht z.T. den Reiz der Beratungen aus. Phänomen bleibt in dieser Hinsicht die Verständigung mit den beiden wahngestörten Frauen, die zustande kommt, obwohl man über den Ursprung gewisser "Erscheinungen" so unterschiedlicher Meinung ist. Über die verschiedensten Themen finden Gespräche statt, wie Beziehungen und Sexualität früher und heute, Verhältnis zur Familie etc. Die Gespräche bringen so auch der Beraterin Gewinn.

7. Die Beratungen der beiden alten Damen tragen eine ausgeprägt biographische Komponente. Lebenslange Dispositionen können als zum Wahn hinführend ausgemacht werden; starke Ängste um die Lebenssicherheit werden evident, die beiden Frauen tatsächlich früh genommen wurde. Paradoxerweise kann bei ihnen das lebensgeschichtliche Moment am wenigsten zur Behebung der Störung eingesetzt werden. Zwar ist möglich, auf Erzählungen in bestätigendem Sinne einzugehen; die Beraterin muß allerdings im Kontext der je geschaffenen Lebenssinntheorie bleiben. Eine Aufhebung der Abwehrstrukturen, so wurde befürchtet, hätte zum Zusammenbruch führen können. "Brüche" in der Biographie obliegen der Interpretation im Nachhinein. Für die Problematik Frau A. können frühere konfliktreiche Ereignisse herausgefiltert und besprochen werden;sie erinnert sich an Ereignisse, die jahrelang verschüttet gewesen waren. Die Widergabe der Erlebnisse hat kathartische Funktion. Für die Beratung ist es wesentlich dadurch, daß das Erlebnis das Verhältnis zwischen Beraterin und Klientin vertieft und sich damit positiv auf den weiteren Beratungsverlauf auswirkt.

Für Frau B. kann die depressive Stimmungslage im Alter als Fortsetzung und Steigerung einer seit längerem bestehenden Disposition ausgemacht werden. Sie gewinnt im Alter durch den körperlichen Abbau an Schärfe; Ausweichmöglichkeiten, wie sie Jüngere hätten, sind ihr dadurch zum Teil verbaut. Die fehlende Kompensation steigert die Aufmerksamkeit für die körperlichen Vorgänge. Ihre Behinderungen und Beschwerden, die sie mit ihrem Alter in Zusammenhang bringt, werden als Thema immer wieder in die Beratung hineingetragen.

Die zurückliegende Ehegeschichte wird v.a. von Ehepaar D. in harter, nachträglich negativ bewertender Manier herangezogen. Die Situation im Ruhestand verschärft die schon früher vorhandenen Konflikte. In beiden Paarberatungen geht es, verglichen mit jüngeren Paaren, weniger um Probleme der Eifersucht und Trennung - das "Ob" der Beziehung -, sondern um das "Wie" in der langandauernden Beziehung, in der man sich aneinander "abgearbeitet" hat und in der die Partnerhypothesen verfestigt erscheinen. Die Beraratungsgeschehnisse sind dadurch nicht weniger spannend: immer noch wird von beiden Partnern um Positionen gerungen, immer noch geht es um Wünsche und Sehnsucht nach Zuneigung und Anerkennung. Das Material kann damit das Fremdbild der "alten Ehe", die als angeglichen, trist und spannungslos gesehen wird, widerlegen.

Literaturverzeichnis

Ackerknecht, L., Das Alter und die Behandlung alter Menschen aus der Sicht der Individualpsychologie A. Adlers, in: Bubolz, E./ Petzold, H. (Hrsg.), Psychotherapie mit alten Menschen, Paderborn 1979

Améry, J., Über das Altern, Stuttgart 1969[2]

Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd.1,Reinbek bei Hamburg 1973

Argelander, H., Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt 1970

Bachmann, I., Das dreißigste Jahr, München 1978[12]

Backes, G., Frauen im Alter, Bielefeld 1981

Balluseck, H.v./ Bernstein, R. (Hrsg.), Sozialarbeit und Altenhilfe, Berlin 1980

Baltes; P.B./ Danish, S.J., Gerontologische Intervention auf der Grundlage einer Entwicklungspsychologie des Lebenslaufs, in: Zs.f.Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie Heft 2, 11 (1979)

Balzer, B./ Rolli, S., Sozialtherapie mit Eltern Behinderter, Weinheim und Basel 1975

Balzer, B./ Rolli, S., Sozialpädagogik und Krisenintervention, Neuwied und Darmstadt 1981

Beauvoir, Simone de, Das Alter, Reinbek bei Hamburg 1977

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Bonn 1975

Berner, P./ Naske. R./ Zapotoczky, H.G., Zur Klinik depressiver Syndrome im Alter, in: Z.f.Gerontologie 6 (1973)

Blankenburg, W., Die anthropologische und daseinsanalytische Sicht des Wahns, in: Studium Generale 20 (1967)

Blume, O., Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe, Tübingen 1968

Boche, U./ Kanowski, S., Soziale Implikationen alterspsychiatrischer Erkrankungen, in: Caritas 1974

Bubolz, E./ Petzold, H. (Hrsg.), Psychotherapie mit alten Menschen, Paderborn 1979

Bujard, O./ Lange, U., Armut im Alter, Weinheim und Basel 1978

Cicourel, A., Methode und Messung in der Soziologie, Frankfurt 1974

Ciompi, L., Allgemeine Depressionsprobleme im Lichte von Verlaufsforschungen bis ins Alter, in: Z.f. Gerontologie 6 (1973)

Dörner, K./ Plog, I., Irren ist menschlich, Wunstorf 1978

Dörner, K./ Köchert, R./ v.Laer, G./ Scherer, K., Gemeindepsychiatrie, Stuttgart Berlin Köln Mainz 1979

Durkheim, E., Der Selbstmord, Neuwied und Berlin 1973

Erikson, E.H., Identität und Lebenszyklus, Frankfurt 1979[5]

Flader, D./ Giesecke, M., Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview - eine Fallstudie, in: Ehlich, K. (Hrsg.), Erzählen im Alltag, Frankfurt 1980

Flader, D./ Grodzicki, W.-D., Die psychoanalytische Deutung - eine diskursanalytische Fallstudie, in: Flader, D./ Grodzicki, W.-D./ Schröter, K. (Hrsg.), Psychoanalyse als Gespräch, Frankfurt 1982

Foudraine, J., Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie, München 1971

Frommann, A./ Schramm, D./ Thiersch, H., Sozialpädagogische Beratung, in: Zs.f.Pädagogik 22 (1976)

Fülgraff, B., Soziologie des Alterns. Einige kritische Anmerkungen zu einem vernachlässigten Problem, in: Archiv für Wiss. und Praxis der sozialen Arbeit, 1/2 (1970/71)

Giesecke, M., Instruktionssituationen in Sozialisationsinstitutionen - Ablaufschemata und Bedeutungsübertragung bei instrumentellen Instruktionen im Kindergarten, in: Soeffner, H.-G. (Hrsg.), Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften, Stuttgart 1979

Glatzel, J., Psychotische Depressionen des mittleren und höheren Erwachsenenalters, in: Z.f.Gerontologie 6 (1973)

Greger, J., Psychoreaktive Erkrankungen im höheren Erwachsenenalter, in: actuelle gerontologie 4 (1974)

Grond, Erich, Praxis der psychischen Altenpflege, München-Gräfelfing 1978

Grotjahn, M., Analytische Psychotherapie bei älteren Patienten, in Bubolz/Petzold (Hrsg.), 1979

Hannappel, H./ Melenk, H., Alltagssprache. Semantische Grundbegriffe und Analysebeispiele, München 1979

Hautzinger, M., Depressive Reaktionen im höheren Lebensalter, in: Hautzinger, M./ Hoffmann, N. (Hrsg.), Depression und Umwelt, Salzburg 1979

Hautzinger, M., Psychologische Therapie depressiver Reaktionen, in: Hautzinger/Hoffmann (Hrsg.), 1979

Hautzinger, M., Selbstmordhandlungen im Alter, in: Hautzinger/Hoffmann (Hrsg.), 1979

Heider, F., Psychologie der interpersonalen Beziehungen Stuttgart 1977

Heinrich, K., Hypothesen zum körperlich begründbaren Wahnsyndrom, in: Schulte, W./ Tölle, R. (Hrsg.), Wahn, Stuttgart 1972

Heinze, Th./ Klusemann, H.-W., Ein biographisches Interview als Zugang zu einer Bildungsgeschichte, in: Baacke, D./ Schulze, Th. (Hrsg.), Aus Geschichten lernen, München 1979

Hoffmann-Riem, Ch., Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie - Der Datengewinn -, in: Kölner Zs. für Soziologie und Sozialpsychologie 32 (1980)

Hohmeier, J./ Pohl, H-J., (Hrsg.), Alterals Stigma, Frankfurt 1978

Hummel, K., Öffnet die Altersheime! Weinheim und Basel 1982

Janzarik, W., Über das Kontaktmangelparanoid, in: Der Nervenarzt 44 (1973)

Jungblut, H.-J., Skript zur Dissertation, 1982

Jungblut, H.-J-./ Schreiber, W., Zur Notwendigkeit alltagsweltlich orientierter Methoden in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, in: Neue Praxis 10 (1980)

Junkers, G./ Kanowski, S./ Paur, R., Forschung, Lehre und Krankenversorgung aus der Sicht einer Abteilung für Gerontopsychiatrie, in: Z.f.Gerontologie 9 (1976)

Kaminski, G. (Hrsg.), Umweltpsychologie, Stuttgart 1976

Kasakos, G., Familienfürsorge zwischen Beratung und Zwang, München 1980

Kienzerle, F./ Mahler, Th., Bedingungen aktiver Lebensgestaltung und erfolgreiches Altern, Dipl.arbeit, Tübingen 1979

Koch-Straube, U./ Koch, H.-B./ Leisner, R., Alternsforschung. Ein Lernprogramm für die soziale Praxis, Stuttgart 1973

Kohli, M. (Hrsg.), Soziologie des Lebenslaufs, Darmstadt und Neuwied 1978

Kuiper, P.C., Tiefenpsychologische Betrachtungen über Wahnformung, in: Studium Generale 20(1967)

Lehr, U., Psychologie des Alterns, Heidelberg 1974[2]

Lehr, U. (Hrsg.), Interventionsgerontologie, Darmstadt 1979

Lehr, U. (Hrsg.), Seniorinnen, Darmstadt 1978

Lehr, U./ Thomae, H. (Hrsg.), Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt 1968

Lehr, U./ Thomae, H., Die Stellung des älteren Menschen in der Familie. Beiträge zum Sozialisationsproblem, in: Wurzbacher, G. (Hrsg.), Die Familie als Sozialisationsfaktor, Stuttgart 1977[2]

Lieberman, M.A./ Prock, V.N./ Tobin, S.S., Psychological effects of institutionalization in: Journal of Gerontology 23 (1968)

Lowenthal, M.F./ Boler, D., Voluntary vs. involuntary social withdrawel, in: Journal of Gerontology 20 (1965)

Malzahn, B., Psychotherapie im Alter? Diss., Ulm 1974

Mandel, A./ Mandel, K.H./ Stadter, E./ Zimmer, D., Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie, München 1971

Maurer, F., Lebensgeschichte und Lernen, in: Maurer, F. (Hrsg.), Lebensgeschichte und Identität, Frankfurt 1981

Nietzsche, Friedrich, Hrsg. von Karl Schlechta, München 1969[6]

Parkes, C.M., Vereinsamung, Reinbek bei Hamburg 1974

Petzold, H., Psychodrama, therapeutisches Theater und Gestalt als Verfahren der Interventionsgerontologie und Alterspsychotherapie, in: Bubolz/ Petzold (Hrsg.), 1979

Pörksen, N., Kommunale Psychiatrie, Reinbek bei Hamburg 1974

Radebold, H., Psychische Erkrankungen im höheren und hohen Erwachsenenalter und ihre Behandlungsmöglichkeiten, in: Reimann, H./ Reimann, H. (Hrsg.), Das Alter, München 1974

Radebold, H./ Bechtler, H./ Pina, I., Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen. Ein Handbuch, Freiburg 1981

Radebold, H., Psychosomatische Probleme in der Geriatrie, in: Uexküll, Th.v., Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, München Wien Baltimore 1979

Rapoport, L., The state of crisis: some theoretical considerations, in: Para, J.J. (Ed.), Crisis Intervention, New York 1965

Redlich, F.C./ Freedman, D.X., Theorie und Praxis der Psychiatrie, Bd.2, Frankfurt 1974[2]

Reiter, L./ Strotzka, H., Zur Psychotherapie und Beratung von Ehekrisen im Alter, in: Jäger, A./ Pakesch, E. (Hrsg.), Wenn die Kinder erwachsen sind. Die Ehe in der nachfamilialen Phase, Innsbruck 1977

Ritter-Vosen, X., Verhaltenstherapie mit älteren Menschen, in: Bubolz/ Petzold (Hrsg.), 1979

Rötzer, F., Aufbau positiver selbstbewertender Reaktionen bei Depressiven, Dipl.arbeit, Tübingen 1978

Rosenmayr, L., Soziologie des Alterns, in: König, R. (Hrsg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd.7, Stuttgart 1976[2]

Rosenmayr, L. und H., Der alte Mensch in der Gesellschaft, Reinbek bei Hamburg 1978

Schmitz-Scherzer/ Schick, I., Die psychische Situation des älteren Menschen im Heim, in: Beschäftigungstherapie und Rehabilitation 16 (1977)

Safirstein, S.L., Psychotherapy für Geriatric Patients, in: New York State Journal of Medicine 72 (1972)

Schenda, R., Das Elend der alten Leute, Düsseldorf 1972

Schenk, Herrad, Die Kontinuität der Lebenssituation als Determinante erfolgreichen Alterns, Köln 1975

Schneider, H.-D., Aspekte des Alterns; Ergebnisse sozialpsychologischer Forschung, Frankfurt 1974

Schulte, W., Kommunikative Psychotherapie bei Störungen im höheren Lebensalter, in: Zs.f.Psychotherapie und Medizinische Psychologie 11(1961/62)

Schulte, W./ Tölle, R., Psychiatrie, Berlin Heidelberg New York 1977[4]

Seibert, U., Soziale Arbeit als Beratung, Weinheim und Basel 1978

Seeger-Roth, W., Selektionen im Hinblick auf die Entstehung und Beseitigung von Benachteiligungen im Alter, Dipl.-arbeit, Tübingen 1980

Seligman, M., Erlernte Hilflosigkeit, München Wien Baltimore 1979

Sommer, G./ Ernst, H. (Hrsg.), Gemeindepsychologie, München Wien Baltimore 1977

Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepubik Deutschland, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn 1979

Stinnett, N./ Collins, J./ Montgomery, J.E., Zufriedenheit in der Ehe bei älteren Ehemännern und -frauen, in: Scholz, O.B., Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen, München Wien Baltimore 1978

Strauch, B., Altenheim und Altenrolle, in: Hohmeier/ Pohl (Hrsg.), Alter als Stigma, Frankfurt 1978

Strauss, A., Spiegel und Masken, Frankfurt 1968

Tartler, R., Das Alter in der modernen Gesellschaft, Stuttgart 1961

Tews, H.P., Soziologie des Alterns, Heidelberg 1979[3]

Thiersch, H., Alltagshandeln und Sozialpädagogik, in: Neue Praxis 8 (1978)

Thiersch, H./ Ruprecht, H./ Hermann, U., Die Entwicklung der Erziehungswissenschaft, München 1978

Thomae, H., Altern und Lebensschicksal, in: Zs.f.Gerontologie 13 (1980)

Thomae, H., Die Bedeutung einer kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns, in: Zs.f.Gerontologie 4 (1971)

Thomae, H., Erlebte Unveränderlichkeit von gesundheitlicher und ökonomischer Belastung, in: Zs.f.Gerontologie 12 (1979)

Watzlawick, P./ Beavin, J.H./ Jackson, D.D., Meschliche Kommunikation, Bern Stuttgart Wien o.J., 3.Auflage

Wickert, J., Alter, unveröff. Manuskript, Tübingen 1976

Wiendieck, G., Soziale Determinanten des Alters-Suizids, in: Störmer, A. (Hrsg.), Geroprophylaxe, Rehabilitation und Sozialstatus im Alter, Darmstadt 1970

Willi, J., Die Zweierbeziehung, Reinbek bei Hamburg 1975

Willi, J., Therapie der Zweierbeziehung, Reinbek bei Hamburg 1978

Witterstätter, K., Soziologie für die Altenarbeit, Freiburg 1981

L e b e n s l a u f

22.06.1952	Geburt in Güstrow/Mecklenburg als zweites Kind von Maria und Walter Brock
1959 - 1971	13jährige Schullaufbahn in Konstanz, Abitur am neusprachlich orientierten Ellenrieder-Gymnasium
13.10.1971	Immatrikulation an der Universität Tübingen im Fach Pädagogik/ Schwerpunkt Sozialpädagogik
Okt.1974 - Februar 1975	Hauptpraktikum im Jugend- und Sozialamt Konstanz und der Erziehungsberatungsstelle des Landkreises Konstanz
August 1977	Diplom in Erziehungswissenschaft/ Studienrichtung Sozialpädagogik
Sept.1977 - Okt.1978	Zweitstudium Psychologie; Vordiplom am 19.10.78
seit April 1978	Gründungsmitglied des Vereins "Psychosoziale Beratungsstelle für Ältere e.V.", Tätigkeit im Vorstand; Beratungstätigkeit auf Honorarbasis
ab März 1979	Aufnahme der Promotion zum Thema: "Beratung älterer Erwachsener"; Betreuer: Prof. H.Thiersch
seit Sept. 1979	Fachunterricht in Alterssoziologie an der Ev. Schule für Altenpflege in Tübingen
März 1980 - März 1981	Zusatzausbildung in Gesprächspsychotherapie, Abschluß der Grundausbildung
seit Frühjahr 1981	Übernahme von Kursen für ältere Erwachsene an der Volkshochschule Tübingen
19.2.1981	Eheschließung mit Dr. Klaus Dautel
4.07.1982	Geburt unserer Tochter Katrin Ruth
Juli 1983	Mündliche Prüfung zur Promotion